CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREŞEDINTE

Avizat,
Ministrul Sănătăţii
Nicolae BĂNICIOIU

ORDIN nr. 185 din data de 30.03.2015
pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2015 şi 2016

Văzând Referatul de aprobare nr. DG 555 din 30.03.2015 al Directorului general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 48 alin. (1) şi (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016,

în temeiul art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare,

preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite următorul:

ORDIN

ART. 1

Se aprobă Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2015 şi 2016, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

(1) Prezentul ordin intră în vigoare începând cu 1 aprilie 2015 cu excepția prevederilor referitoare la:

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

b) încheierea contractelor de furnizare de servicii de dializă de către furnizorii privați de dializă cu casele de asigurări de sănătate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, care intră în vigoare la data de 1 mai 2015.

(2) Până la data de 30 aprilie 2015, pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. b), furnizarea de servicii de dializă de către furnizorii privați se face prin acte adiționale la contractele încheiate de aceștia cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu prelungirea aplicabilității prevederilor corespunzătoare din Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2013 şi 2014, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Începând cu data de 1 mai 2015, Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 438/2008 privind aprobarea condiţiilor şi documentelor necesare furnizorilor de servicii medicale de dializă în vederea intrării în relaţii contractuale pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 519 din 10 iulie 2008, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă.

ART. 3

Direcţiile de specialitate din Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate prin care se derulează programe naţionale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

PRESEDINTE,

Vasile CIURCHEA

ANEXA

NORMELE TEHNICE DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE PENTRU ANII 2015 ŞI 2016

CAPITOLUL I
CADRUL GENERAL DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 1

Programele naţionale de sănătate curative, reprezintă un ansamblu de acţiuni multianuale şi au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătăţii publice.

ART. 2

(1) Bugetul alocat programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016 este prevăzut la capitolul VII din prezenta anexă şi este aprobat anual în Legea bugetului de stat.

(2) Structura programelor naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, obiectivele, criteriile de eligibilitate stabilite de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, indicatorii specifici, natura cheltuielilor, precum şi unităţile sanitare prin care se derulează programele naţionale de sănătate curative sunt prevăzute la capitolul VIII din prezenta anexă.

ART. 3

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

(2) Implementarea programelor naţionale de sănătate se realizează prin unităţi de specialitate.

(3) Unităţile de specialitate sunt:

a) instituţii publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

c) furnizori privaţi de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacităţii furnizorilor publici de servicii medicale, pentru care se solicită avizul Ministerului Sănătăţii, având în vedere rolul acestuia de autoritate centrală în domeniul asistenţei de sănătate publică;

d) furnizori privaţi de medicamente şi dispozitive medicale.

(4) Coordonarea tehnică şi metodologică pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative se asigură cu participarea experţilor desemnaţi ca şi coordonatorii naţionali prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(5) Raporturile stabilite între unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate curative şi casele de asigurări de sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acţiuni multianuale, ce se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2016.

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

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

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

(9) Modelele de contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative încheiate între casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate curative sunt prevăzute în anexele nr. 1, 2, 3, 4 şi 5 la prezentele norme.

(10) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor materialelor sanitare specifice precum şi a dispozitivelor medicale şi altora asemenea prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, sunt aplicabile de la data prevăzută la art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul naţional de asigurări sociale de sănătate din titlul IX „ Cardul european şi cardul naţional de asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 4

(1) Programele naţionale de sănătate curative sunt finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.

(2) Sumele alocate din bugetul Fondului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative se utilizează pentru:

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

b) asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul

nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor;

c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigaţiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, precum şi a serviciilor de radioterapie;

ART. 5

(1) Unităţile de specialitate asigură pe perioada spitalizării toate medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele şi altele asemenea care se eliberează în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, necesare tratamentului bolnavilor

(2) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea, utilizate în unităţile sanitare cu paturi pentru tratamentul bolnavilor pe perioada spitalizării acestora sau, după caz, eliberate prin farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul în regim ambulatoriu al bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate se achiziţionează de către unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, la preţul de achiziţie, care în cazul medicamentelor nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

ART. 6

(1) Sumele aferente programelor naţionale de sănătate curative se alocă în baza contractelor negociate şi încheiate distinct între furnizori şi casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări de sănătate,

(2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate, fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate curative prevăzute la cap. VII, în baza indicatorilor fizici şi de eficienţă realizaţi în anul precedent.

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

(4) Unităţile de specialitate au obligaţia de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli şi execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele/subprogramele naţionale de sănătate curative derulate.

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

ART. 7

(1) Pentru programele naţionale de sănătate curative decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altele asemenea, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, investigaţiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, precum şi a serviciilor de radioterapie unităţilor de specialitate aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate se realizează lunar, din fondurile aprobate cu această destinaţie.

(2) Decontarea serviciilor de supleere renală pentru furnizorii de dializă aflaţi în contract cu casele de asigurări de sănătate, se realizează lunar de casele de asigurări de sănătate, din fondurile aprobate cu această destinaţie, cu condiţia raportării datelor de către furnizori la Registrul renal român.

ART. 8

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea se asigură, în condiţiile legii, prin farmaciile unităţilor sanitare nominalizate să deruleze programele naţionale de sănătate curative respective şi/sau prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, după caz.

(2) Includerea unităţilor de specialitate publice care derulează programele naţionale de sănătate curative se face cu avizul coordonatorilor naţionali prevăzuţi la alin. (4) al art. 3.

(3) Includerea unităţilor de specialitate private care derulează programele naţionale de sănătate curative se face potrivit lit. e) alin. (3) al art. 3.

ART. 9

Unităţile de specialitate care derulează programe, prevăzute în prezentul ordin, raportează caselor de asigurări de sănătate indicatorii specifici pe baza evidenţei tehnico-operative, în format electronic şi pe suport hârtie, conform machetelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

ART. 10

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

ART. 11

Modificarea structurii, sumelor şi indicatorilor specifici pentru evaluarea şi monitorizarea programelor, pe parcursul derulării acestora, se aprobă prin ordin

al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătăţii.

ART. 12

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

ART. 13

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

ART. 14

Sumele aferente programelor naţionale de sănătate curative sunt cuprinse în contractele negociate şi încheiate, distinct, între casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate prin care se derulează programele/subprogramele naţionale de sănătate curative.

ART. 15

(1) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare prin care se derulează programele/subprogramele naţionale de sănătate curative se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme.

(2) Reprezentantul legal al unităţii sanitare încheie contract pentru derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti. Unităţile sanitare din reţeaua apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti încheie contracte pentru derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, avându-se în vedere la contractare şi decontare asiguraţii, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă.

(3) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi farmaciile cu circuit deschis, prin care se derulează programele naţionale de sănătate curative se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme.

(4) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii prin care se derulează Programul naţional de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)], respectiv Subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii

la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 3.

(5) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii de dializă prin care se derulează Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 4.

(6) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii de radioterapie prin care se derulează Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 5.

ART. 16

Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate care efectuează servicii de dializă se realizează în limita numărului de bolnavi prevăzut în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică şi a fondurilor aprobate pentru anii 2015 şi 2016 cu această destinaţie. În situaţia în care o unitate sanitară este inclusă în program pe parcursul derulării acestuia contractul cu casa de asigurări de sănătate, se poate încheia prin preluarea bolnavilor existenţi în program de la alte unităţi sanitare sau, după caz, prin includerea în program a unor bolnavi noi, cu încadrarea în numărul de bolnavi aprobat pentru respectivul program.

ART. 17

(1) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunţarea unilaterală a contractului, precum şi răspunsurile la cererile şi la sesizările furnizorilor se vor face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

(2) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea contractelor dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau, de către instanţele de judecată, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare.

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

(5) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin.

(4) casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 18

Sumele aferente programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative sunt prevăzute în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, la capitolul 66.05 "Sănătate", titlul 20 "Bunuri şi servicii".

ART. 19

Sumele alocate programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privaţi de servicii medicale prin care acestea se derulează şi se utilizează potrivit destinaţiilor stabilite.

ART. 20

Sumele aferente medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate prin farmaciile cu circuit deschis se cuprind în bugetele de venituri şi cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate şi distinct în contractele de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate între acestea şi farmaciile cu circuit deschis.

CAPITOLUL II

ACHIZIŢIA MEDICAMENTELOR, MATERIALELOR SANITARE, DISPOZITIVELOR MEDICALE ŞI ALTELE ASEMENEA SPECIFICE PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 21

(1) Lista denumirilor comune internaţionale (DCI) corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii incluşi în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu şi spitalicesc este aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Lista denumirilor comerciale şi a preţurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate,

corespunzătoare denumirilor comune internaţionale (DCI) cuprinse în secţiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(3) În situaţia în care se constată că deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu a asigurat prezenţa medicamentelor pe piaţă, conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista preţurilor de decontare, în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei medicamentelor de pe piaţă, de către instituţiile abilitate, precum şi la sesizarea Agenţiei Naţionale a Medicamentelor şi Dispozitivelor Medicale.

(4) Lista prevazută la alin (2) se actualizează în următoarele condiţii:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate;

b) ca urmare a actualizării CaNaMed prin completarea/modificarea Listei de medicamente – denumiri comerciale; Lista se elaborează în termen de 15 zile de la actualizarea CaNaMed şi intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) în situaţia în care în intervalul dintre două actualizări ale CaNaMed un medicament cu autorizaţie de punere pe piaţă a obţinut avizul Ministerului Sănătăţii pentru un preţ de vânzare cu amănuntul/preţ cu ridicata pe unitatea terapeutică mai mic sau egal cu preţul de decontare, cu excepţia medicamentelor al căror DCI este prevăzut în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate şi care nu are nici un medicament - denumire comercială în Lista prevăzută la alin (2). Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă a medicamentului, prin reprezentantul sau legal, declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piaţa în cantităţii suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor şi are capacitatea de a-l distribui furnizorilor care derulează programe naţionale de sănătate, cu excepţia diminuărilor de preţ pentru medicamentele existente în Lista prevăzută la alin (2) şi a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.

(5) Lista materialelor sanitare specifice de care beneficiază asiguraţii incluşi în programele naţionale de sănătate curative este aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(6) În cazul în care pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative se modifică Lista prevăzută la alin. (5) în sensul eliminării unor materiale sanitare specifice, materialele sanitare eliminate se eliberează în

cadrul programului/subprogramului naţional de sănătate curativ până la epuizarea stocurilor.

ART. 22

Pentru programele/subprogramele naţionale de sănătate curative achiziţia medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altele asemenea eliberate bolnavilor pe perioada spitalizării se face, în condiţiile legii, de către unităţile sanitare care derulează programele respective, la preţul de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în condiţiile legii.

ART. 23

Pentru programele naţionale de sănătate curative medicamentele, materialele sanitare specifice, necesare pentru tratamentul în ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează programul, se achiziţionează de către acestea, la preţul de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în condiţiile legii.

CAPITOLUL III

DECONTAREA MEDICAMENTELOR ŞI/SAU A MATERIALELOR SANITARE SPECIFICE ŞI A SERVICIILOR MEDICALE DIN CADRUL PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 24

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altora asemenea, , acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2) Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altora asemenea, acordate în cadrul programelor se realizează lunar de către casele de asigurări de sănătate, din fondurile aprobate cu această destinaţie, în limita sumelor disponibile, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate şi acordării vizei de "bun de plată", cu excepţia serviciilor de dializă şi a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate şi acordării vizei de "bun de plată".

(3) În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare,

acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) În vederea decontării contravalorii medicamentelor/materialelor sanitare specifice acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis, unităţile de specialitate depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi şi borderouri centralizatoare distincte pe fiecare program naţional de sănătate curativ, respectiv pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aprobate de către comisiile de experţi ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost – volum rezultat şi păstrează în evidenţa proprie prescripţiile medicale (componenta prescriere/filele de condică), acestea urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(5) În vederea decontării contravalorii testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate borderouri centralizatoare şi facturi distincte: pentru medicamente specifice (insulină, insulină şi ADO, după caz) şi pentru teste de automonitorizare.

(6) În vederea decontării contravalorii medicamentelor acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, cu excepţia situaţiilor prevăzute la alin. (5), farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi si borderouri centralizatoare distincte pe fiecare program naţional de sănătate curativ, respectiv borderouri pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aprobate de către comisiile de experţi ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru care medicul utilizează formulare de prescripţii distincte. Pentru fiecare medicament pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost – volum rezultat şi pentru care medicul utilizează formulare de prescripţii distincte farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi şi borderouri centralizatoare distincte .

Pentru prescripţiile medicale electronice on-line, componenta prescriere şi componenta eliberare, se păstrează în evidenţa proprie a farmaciei urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripţiile medicale electronice off-line şi prescripţiile medicale cu regim special utilizate pentru prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope, componenta prescriere şi componenta eliberare vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în vederea decontării.

(7) Modelele de borderouri centralizatoare sunt prevăzute în anexele nr. 6-8.

ART. 25

(1) Decontarea serviciilor de hemodializă convenţională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă şi dializă peritoneală automată

în sistem ambulatoriu, furnizate de unităţile sanitare care derulează Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, se realizează în conformitate cu prevederile Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 698/2010 pentru aprobarea Normelor privind condiţiile şi modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, cu modificările şi completările ulterioare, la un tarif de 496 lei pentru şedinţa de hemodializă convenţională, la un tarif/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line de 563 lei, la tariful de 53.340 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală continuă şi la tariful de 66.675 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală automată.

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

a) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convenţională) este < 20%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 53.340 lei;

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convenţională) este 20% - 24,9%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 56.700 lei;

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convenţională) este >/= 25%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 59.220 lei.

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

(3) Includerea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut şi în bugetul aprobat pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică.

ART. 26

(1) Unităţile sanitare prin care se derulează programe în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate prezintă acestora, în primele 15 zile ale lunii următoare, indicatorii specifici programelor realizaţi în luna anterioară şi documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente şi/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, cererea justificativă, însoţită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă

(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, dozarea hemoglobinei glicozilate şi investigaţiile PET-CT, serviciile de dializă, respectiv serviciile de radioterapie, unităţile de specialitate depun la casele de asigurări de sănătate factura/facturile, indicatorii specifici realizaţi în luna anterioară, documentele justificative cu privire la serviciile efectuate, care cuprind datele de identificare şi diagnosticul bolnavului, biletul de trimitere/decizia de aprobare, referatul de solicitare a serviciilor de diagnostic al leucemiilor acute, declaraţia de servicii lunare (centralizator şi desfăşurător), după caz.

*) Modelul referatului de solicitare a serviciilor de diagnostic al leucemiilor acute este prevăzut în anexa nr. 9

ART. 27

(1) Casele de asigurări de sănătate vor analiza şi valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situaţiile prezentate de unităţile sanitare şi gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziţie anterior, precum şi stocurile cantitativ-valorice şi vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract şi a fondurilor disponibile cu această destinaţie, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării şi acordării vizei de "bun de plată", contravaloarea facturilor prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative.

(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, dozarea hemoglobinei glicozilate şi investigaţiile PET-CT, casele de asigurări de sănătate vor analiza şi valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situaţiile prezentate de unităţile de specialitate şi gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziţie anterior şi vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract şi a fondurilor disponibile cu această destinaţie, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate şi acordării vizei de "bun de plată".

(3) Pentru serviciile de dializă şi serviciile de radioterapie, casele de asigurări de sănătate vor analiza şi valida, în termen de 5 lucrătoare de la primire, situaţiile prezentate de unităţile de specialitate şi gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziţie anterior şi vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract şi a fondurilor disponibile cu această destinaţie, în ordine cronologică, până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate şi acordării vizei de "bun de plată".

ART. 28

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

ART. 29

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea, care se asigură bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se eliberează şi se decontează la nivelul preţului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în condiţiile legii, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi.

(2) În cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris, corespunzător denumirii comune internaţionale sau după caz a denumiri comerciale, este mai mare decât preţul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul de vânzare cu amănuntul al medicamentului prescris şi preţul de decontare al acestuia. În acest sens farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei.

CAPITOLUL IV

PRESCRIEREA ŞI ELIBERAREA MEDICAMENTELOR ŞI A MATERIALELOR SANITARE SPECIFICE DECONTATE ÎN CADRUL PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 30

(1) Medicamentele/materialele sanitare specifice se acordă bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Pentru prescrierea medicamentelor/materialelor sanitare specifice care se acordă în tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi în cazuri justificate, prescripţia medicală electronică off-line.

În cadrul programelor naţionale de sănătate curative, prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare. Prescripţia medicală pentru preparatele stupefiante şi psihotrope îşi păstrează statutul de prescripţie medicală cu regim special

Pentru prescripţiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

(2) Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, precum şi a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu.

Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line are două componente obligatorii: componenta care se completează de către medicul prescriptor şi o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componenta prescriere, respectiv componenta eliberare, şi o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracţionată atât în ceea ce priveşte numărul medicamentelor, cât şi cantitatea din fiecare medicament, denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.

Seria şi numărul prescripţiei medicale electronice on-line şi off-line sunt unice şi sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate şi sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale/medic care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, un număr de prescripţii medicale electronice on-line şi off-line, la solicitarea acestora şi organizează evidenţa prescripţiilor medicale electronice online şi off-line atribuite.

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

(5) Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripţiei electronice on-line (componenta eliberare) - ce conţine confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări de sănătate propriu şi nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national de asigurări sociale de sănătate duplicat/ documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani

beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) În cazul prescrierii electronice on-line, în situaţia în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidenţa proprie şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripţia medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul national de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de căre beneficiarul prescripției/persoana care ridica medicamentele in numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul national de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare.În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national de sigurări sociale de sănătate duplicat/ documentelor prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripţiei medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, dintre care un exemplar îl păstrează pentru evidenţa proprie şi două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport de hartie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. Exemplarul listat de farmacie(componenta eliberare) va fi semnat de catre persoana care ridica medicamentele in numele acestuia daca aceasta nu poate prezenta cardul national de asigurari de sanatate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de căre beneficiarul prescripției, eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de asigurări sociale de sănătate duplicat/ documentelor prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul,

precum şi de către copii cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

(8) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale cu regim special care nu conţin toate datele obligatoriu a fi completate de medic, prevăzute în formularul cu regim special, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

(9) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internaţională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fişa medicală a pacientului, precum şi în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumirea comercială, cu excepţia produselor biologice, justificarea medicală va avea în vedere reacţii adverse raportate prin sistemul naţional de farmacovigilenţă, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceluiaşi DCI sau particularizarea schemei terapeutice inclusiv pentru DCI - Combinaţii. Prescrierea medicamentelor cu aprobarea comisiilor de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate se realizează în baza deciziilor de aprobare.

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

(11) Pentru prescripţia medicală electronică on-line şi off-line, în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripţie, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripţie numai cu medicamentele eliberate şi va lista un exemplar al acesteia, pe care primitorul semnează cu precizarea poziţiei/poziţiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunţă şi care se depune de farmacia la casa de asigurări de sănătate. În această situaţie medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nici o altă farmacie.

(12) Pentru prescripţia electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie şi la care asiguratul nu renunţă, şi care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamentele va lista un exemplar, (componenta eliberare pentru pacient), cu DCI-urile/medicamentele eliberate, care va fi înmânat asiguratului/persoanei care ridica medicamentele in numele asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie.

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

(14) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, unele boli rare, boli

endocrine cu excepţia medicamentelor corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum, precum şi pentru tratamentul substitutiv cu metadonă cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripţie medicală electronică on-line sau off-line sau prescriptie medicala cu regim special utilizata pentru preparate stupefiante si psihotrope, după caz.

(15) Medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, pentru tratamentul stării posttransplant al pacienţilor transplantaţi, pentru tratamentul pacienţilor cu unele boli rare (mucoviscidoză, scleroză laterală amiotrofică şi sindromul Prader Willi), precum şi medicamentele corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis.

(16) Medicamentele specifice care se acordă pe perioada spitalizării bolnavilor incluşi în Programul naţional de oncologie se eliberează prin farmaciile cu circuit închis ale unităţilor sanitare; achiziţionarea acestora se realizează de către unitatea sanitară, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, la preţul de achiziţie, care în cazul medicamentelor nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

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

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum şi pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară, după caz, corespunzătoare următoarelor DCI-uri: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum şi Fulvestrantum şi medicamentele de tip imunomodulator, care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A şi Interferonum alfa 2B, Bortezomibum, Trastuzumabum;

b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru celelalte forme farmaceutice cu administrare parenterală.

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

(19) Prescrierea testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi se face împreună cu prescrierea tratamentului cu insulină, pe acelaşi formular de prescripţie medicală, pe o perioadă de maximum 3 luni. Numărul de teste de automonitorizare este de până la 100 teste/lună pentru un copil cu diabet zaharat insulinodependent şi până la 100 teste pentru 3 luni pentru un adult cu diabet zaharat insulinotratat. Farmaciile sunt obligate să

asigure în termen de maximum 48 de ore testele prescrise pacientului, dacă acestea nu există în farmacie la momentul solicitării. Decizia privind prescrierea unui număr mai mic de teste sau de a întrerupe acordarea testelor aparţine medicului prescriptor.

ART. 31

Prescrierea şi eliberarea medicamentelor antidiabetice, medicamentelor oncologice specifice şi a medicamentelor specifice necesare tratamentului stării posttransplant în ambulatoriu, nominalizate Lista denumirilor comerciale şi a preţurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale (DCI) cuprinse în secţiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare aprobata prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate se realizează astfel:

a) Tratamentul specific bolnavilor cu diabet zaharat se iniţiază de către medicul specialist diabetolog sau de către medicul cu competenţă/atestat în diabet şi poate fi continuat pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnaţi. Medicii desemnaţi sunt medicii specialişti (medicină internă, medicină de familie), nominalizaţi de casele de asigurări de sănătate în situaţia în care există un deficit de medici diabetologi, sau cu competenţă în diabet, nutriţie şi boli metabolice la nivel judeţean.

Medicii de familie desemnaţi în situaţia în care există un deficit de medici diabetologi sau cu competenţă în diabet, nutriţie şi boli metabolice la nivel judeţean pot prescrie în baza scrisorii medicale numai medicamente ADO.

b) Iniţierea tratamentului cu medicamentele ADO care se aproba de către comisia de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, la propunerea medicului diabetolog sau a medicului cu competenţă/atestat în diabet pentru pacienţii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate se face conform protocoalelor terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii cu încadrarea în sumele alocate în acest sens.

c) Achiziţia şi eliberarea pompelor de insulină se realizează prin centrele metodologice regionale. Medicul diabetolog sau cu competenţă/atestat care are în evidenţă bolnavul întocmeşte dosarul medical al acestuia cuprinzând documentele care justifică îndeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulină şi referatul de justificare a pompei, prevăzut în anexa nr. 10. Dosarul este transmis medicului coordonator al centrului metodologic regional căruia îi este arondat judeţul unde este luat în evidenţă bolnavul de către medicul curant. Medicul coordonator al centrului metodologic regional verifică respectarea criteriilor de eligibilitate. Lunar, medicul coordonator al centrului metodologic regional transmite Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate lista bolnavilor care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulină. Casa Naţională de Asigurări de

Sănătate împreună cu coordonatorul naţional al Programului naţional de diabet zaharat analizează numărul bolnavilor cuprinşi în listele transmise de medicii coordonatori ai centrelor metodologice regionale, în vederea încadrării în bugetul aprobat cu această destinaţie şi transmite coordonatorilor centrelor metodologice regionale listele avizate. Medicul coordonator al centrului metodologic regional, în funcţie de bugetul alocat, aprobă referatul întocmit de medicul curant şi emite decizia în baza căreia se realizează eliberarea pompei de insulină, prevăzută în anexa nr. 11. Eliberarea dispozitivelor de administrare a insulinei (seringi, penuri şi ace), precum şi instruirea pacientului care îşi administrează insulina privind tehnica de administrare a insulinei şi modalitatea de utilizare a seringii sau penului (unghiul sub care se introduce acul, rotaţia locurilor de injectare, adâncimea injecţiei etc.) se fac de către medicul diabetolog sau cu competenţă/atestat.

Informarea şi instruirea pacienţilor se vor face particularizat pentru fiecare tip de pen utilizat, în funcţie de insulina umană specifică prescrisă. Recuperarea dispozitivelor de administrare a insulinei se face prin cabinetele prin care acestea s-au distribuit şi care vor respecta regulile de colectare şi distrugere a deşeurilor de această natură.

d) Pompele de insulină se eliberează pe o condică distinctă pentru această activitate, în regim ambulatoriu sau spitalizare de zi, după caz. Materialele consumabile pentru pompele de insulină sunt reprezentate de catetere şi rezervoare. Necesarul lunar de materiale consumabile este de 10 catetere şi 10 rezervoare (10 seturi). Prescrierea materialelor consumabile se realizează pentru o perioadă de 3 luni şi eliberarea se face pe o condică distinctă pentru această activitate, în regim ambulatoriu. Pentru situaţiile în care din motive obiective bolnavul nu mai poate folosi pompa de insulină, pompa şi materialele consumabile rămase neutilizate sunt returnate centrului regional aferent, urmând a fi redistribuite altui bolnav care îndeplineşte criteriile de eligibilitate prevăzute la activitatea 4) a Programului naţional de diabet zaharat.

e) Pentru tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu, medicul specialist din centrele acreditate pentru activitatea de transplant şi nominalizate prin ordin al ministrului sănătăţii care are în evidenţă şi monitorizează pacienţii transplantaţi eliberează scrisoare medicală către medicul prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la care pacientul se află în evidenţă. În situaţia prescrierii tratamentului cu medicamente imunosupresoare, atât pentru bolnavii în status posttransplant aflaţi în tratament cu medicamente imunosupresoare, cât şi pentru bolnavii nou-transplantaţi, în scrisoarea medicală se consemnează, în mod obligatoriu, denumirea comună internaţională a medicamentului, denumirea comercială a acestuia, doza de administrare recomandată, forma farmaceutica/calea de administrare şi durata tratamentului. Scrisoarea medicală are valabilitate pe o perioadă maximă de 6 luni calendaristice.

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

Pentru DCI-urile Voriconazolum şi Valganciclovirum, prescrierea şi eliberarea medicamentelor se fac numai cu aprobarea Agenţiei Naţionale de Transplant. Referatul de aprobare se completează de către medicul specialist din centrele acreditate, care îl transmite spre aprobare şefului centrului şi Agenţiei Naţionale de Transplant. Pe baza referatului aprobat de Agenţia Naţională de Transplant şi a scrisorii medicale, medicul prescriptor va întocmi prescripţia medicală, cu obligativitatea menţionării perioadei pentru care a făcut prescrierea, perioadă care poate fi de până la maximum 90/91/92 de zile, după caz, şi o înmânează asiguratului. Acesta prezintă farmaciei prescripţia medicală însoţită de o copie a referatului, în vederea eliberării medicamentelor.

Pentru bolnavii în status posttransplant aflaţi în tratament cu medicamente imunosupresoare substituţia cu medicamente având acelaşi DCI (fie generice, fie de referinţă) se realizează numai la recomandarea medicilor specialişti din centrele acreditate pentru activitatea de transplant şi în condiţiile monitorizării terapeutice a imunosupresiei, în mod similar cazurilor nou-transplantate.

În situaţia realizării substituţiei medicamentelor de referinţă imunosupresoare cu medicamente generice imunosupresoare sau a genericelor între ele, fie din iniţiativa medicilor specialişti din centrele acreditate pentru activitatea de transplant, fie din iniţiativa farmaciştilor, se menţine tratamentul imunosupresor de substituţie pentru a se evita riscurile de rejet al grefelor transplantate.

f) Pentru tratamentul bolnavilor cu afecţiuni oncologice iniţierea se face de către medicul oncolog sau hematolog, după caz. Continuarea tratamentului se face de către medicul oncolog, hematolog sau pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnaţi. Medicii desemnaţi sunt medicii de familie, nominalizaţi de casa de asigurări de sănătate în situaţia în care există un deficit de medici oncologi sau hematologi la nivel judeţean.

g) În cadrul Programului naţional de oncologie, Programului naţional de tratament al hemofiliei şi talasemie, Programului naţional de tratament al bolilor neurologice şi Programului naţional de tratament pentru boli rare, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu „***”, respectiv „****” în Secţiunea C2 a Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, iniţierea şi continuarea tratamentului, după caz, se fac numai cu aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, după caz, în baza documentelor şi referatului de justificare, prevăzut în anexa nr. 12, transmis către acestea de către medicul prescriptor.

h) Medicamentele prevăzute la lit. g), pentru care iniţierea şi continuarea, tratamentului, după caz, se fac numai cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv a comisiei de la nivelul casei de asigurări de sănătate, se eliberează la nivelul farmaciilor cu circuit închis ale unităţilor sanitare/farmaciilor cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru medicamentele oncologice specifice care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, medicul prescriptor întocmeşte prescripţia medicală pe care o înmânează bolnavului împreună cu copia referatului aprobat; pentru eliberarea acestora bolnavul prezintă farmaciei cu circuit deschis prescripţia medicală şi copia referatului. Pacientul păstrează copia referatului de aprobare pe toată perioada de valabilitate a acestuia. Pentru asigurarea continuităţii şi eficienţei tratamentului, bolnavul va rămâne în evidenţa medicului care a iniţiat schema de tratament pe toată perioada efectuării acesteia. În cazuri justificate, în care bolnavul se adresează unui alt medic oncolog sau hematolog decât cel care a întocmit referatul, medic aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, bolnavul se poate transfera numai cu aprobarea casei de asigurări de sănătate cu care medicul respectiv se află în relaţie contractuală.

i) comisia de la nivelul casei de asigurări de sănătate care aprobă iniţierea şi continuarea tratamentului cu medicamentele prevăzute la lit. f) este formată din: un reprezentant al direcţiei de sănătate publică, un reprezentant al casei de asigurări de sănătate şi medicul coordonator al programului.

j) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de până la 30, respectiv 31 de zile, după caz, cu excepţia medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecţiuni oncologice, cu scleroză multiplă, osteoporoză (numai medicamentele care se eliberează prin farmaciile cu circuit închis), hipertensiune arterială pulmonară, epidermoliză buloasă, scleroză tuberoasă, hiperfenilalaninemie la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină şi pentru stări posttransplant, respectiv a materialelor consumabile pentru pompele de insulină şi a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz. Pentru bolnavii cu afecţiuni oncologice şi bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii şi prognosticul bolii. În cadrul Programului naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu hemofilie, respectiv prevenţia (substituţie profilactică) şi tratamentul accidentelor hemoragice (substituţie „on demande") prescrierea şi eliberarea medicamentelor poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz cu obligativitatea din partea bolnavului ca la fiecare prescriere să prezinte medicului prescriptor ambalajele medicamentelor utilizate şi să respecte condiţiile de depozitare prevăzute pe ambalaj.

k) Pentru prescripţia medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătura electronică extinsă, emisă pentru bolnavii cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative şi pentru care perioada de prescriere de medicamente poate fi de până la 90/91/92 zile, conform prevederilor lit. k), la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracţionat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracţionată se va face cu respectarea cantităţii lunare din fiecare medicament determinate în funcţie de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/Farmaciile care a/au eliberat medicamente fracţionat va/vor lista un exemplar (componenta eliberare pentru pacient) cu medicamentele eliberate, care va fi înmânat pacientului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta, în termenul de valabilitate al prescripţiei, la aceeaşi sau la altă farmacie. Farmacia care eliberează ultima fracţiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

CAPITOLUL V
RESPONSABILITĂŢILE/OBLIGAŢIILE SPECIFICE ÎN DERULAREA PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 32
Pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (3), care sunt şi în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti, furnizare de medicamente respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, după caz.

ART. 33
(1) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie şi a Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:

a) cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (3) lit. b) şi c) cu care se află în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti,
b) cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (3) lit. b) şi c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă şi care se află sau nu se află în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.
(2) Unităţile de specialitate de la alin. (2) lit. b), în vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii de eligibilitate:
a) să fie organizaţi în una din formele legale prevăzute de actele normative în vigoare;
b) să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.
(3) În vederea intrării în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, unităţile de specialitate de la alin. (2) lit. b) au obligaţia de a depune la casele de asigurări de sănătate documentele prevăzute în anexele la contractele prevăzute în anexa 4, respectiv anexa 5.

ART. 34
Unităţile de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative au obligaţiile, sancţiunile precum şi condiţiile de reziliere, suspendare şi încetare a contractului prevăzute în Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016 şi asumate de părţile contractante prin contractele încheiate în acest sens, după modelele de contract prevăzute în anexele nr. 1-5 la prezentele Norme tehnice.

ART. 35
(1) Casele de asigurări de sănătate, prin direcţiile şi structurile de specialitate, au următoarele responsabilităţi:
a) răspund de asigurarea, urmărirea şi controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor;
b) realizează, pentru fiecare unitate de specialitate şi cumulat la nivelul casei de asigurări de sănătate, analiza şi monitorizarea derulării programelor/ subprogramelor naţionale de sănătate curative prin indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi transmişi de unităţile de specialitate;
c) raportează Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) şi anual, în primele 20 de zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, sumele alocate de acestea pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, sumele utilizate de unităţile sanitare şi farmaciile cu circuit deschis care derulează

programe, precum şi indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi, conform machetelor prevăzute la art. 9;

d) trimestrial, în primele 30 de zile lucrătoare ale lunii următoare celei în care se face raportarea trimestrială, persoana/persoanele de la nivelul casei de asigurări de sănătate responsabilă/responsabile cu programele de sănătate şi implicată/implicate în completarea, analiza şi transmiterea indicatorilor fizici şi de eficienţă prevăzuţi la lit. c) va/vor prezenta personal Direcţiei programe curative din cadrul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate raportarea aferentă trimestrului respectiv, în original, şi va/vor participa la analiza şi evaluarea indicatorilor raportaţi;

e) evaluează şi fundamentează, în raport cu numărul de pacienţi eligibili şi stocurile de medicamente/materiale sanitare specifice, după caz, fondurile necesare pentru asigurarea tratamentului bolnavilor incluşi în programe/subprograme naţionale de sănătate inclusiv a tratamentului cu medicamentele care sunt aprobate la nivelul comisiilor de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi de la nivelul caselor de asigurări de sănătate;

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

g) monitorizează consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, cu evidenţe distincte pentru DCI-urile aprobate prin comisii, în limita fondurilor stabilite cu această destinaţie şi comunicate comisiilor de experţi;

h) analizează şi validează în vederea decontării investigaţiile medicale paraclinice efectuate şi raportate în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale paraclinice;

i) controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate şi analizează indicatorii prezentaţi;

j) repartizează unităţilor de specialitate fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate curative în funcţie de analiză indicatorilor fizici şi de eficienţă realizaţi comparativ cu cei prevăzuţi, precum şi de stocurile existente, analiză efectuată împreună cu coordonatorii judeţeni/coordonatorii unităţilor sanitare prin care se derulează programele naţionale de sănătate curative.

(2) În relaţiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au şi următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, precum şi cu furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie şi să facă publice în termen de

maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

c) să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice/investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat de acestea, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialelor sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;

(3) Sumele încasate şi evidenţiate distinct pe fiecare furnizor la nivelul caselor de asigurări de sănătate ca urmare a aplicării sancţiunilor pentru nerespectarea obligaţiilor prevăzute în contractele încheiate cu furnizorii se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre sancţiunile aplicate unităţilor sanitare cu paturi.

(5) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (2), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare de la încheierea contractelor, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

(6) Reţinerea sumelor conform alin. (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de

asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional curativ.

(7) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (3) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative.

ART. 36

Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, prin direcţiile de specialitate, are următoarele responsabilităţi:

a) răspunde de asigurarea, urmărirea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor/subprogramelor;

b) realizează monitorizarea derulării programelor/subprogramelor prin indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi;

c) trimestrial şi anual, întocmeşte un raport de analiză comparativă a indicatorilor prevăzuţi faţă de cei realizaţi;

d) transmite, trimestrial, anual şi ori de câte ori este nevoie, structurii din cadrul Ministerului Sănătăţii cu atribuţii în elaborarea şi coordonarea programelor naţionale de sănătate indicatorii fizici şi de eficienţă ai programelor naţionale de sănătate curative, precum şi analiza comparativă a indicatorilor realizaţi faţă de cei prevăzuţi;

e) colaborează cu comisiile de experţi de la nivel naţional, precum şi cu coordonatorii naţionali desemnaţi prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative.

CAPITOLUL VI

CONTROLUL DERULĂRII PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE

ART. 37

(1) Furnizorii au obligaţia de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din fond.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora, se sancţionează conform legii şi poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

(3) Controlul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative va urmări, în principal, următoarele obiective:

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

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

c) realitatea indicatorilor raportaţi;

d) acurateţea şi validarea datelor colectate şi raportate;

e) eventuale disfuncţionalităţi în derularea programelor.

ART. 38

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

ART. 39

Pentru anul 2015, respectiv 2016 controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie 2016, respectiv 15 februarie 2017.

CAPITOLUL VII

Creditele bugetare şi de angajament aferente programelor naţionale de sănătate curative pentru anul 2015

Mii lei

Denumire program de sanatate	**Credite de angajament an 2015**	**Credite bugetare an 2015**
Programul national de oncologie, din care:	1.331.277,87	1.409.418,86
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice	1.288.423,87	1.366.564,86
Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET - CT	12.000,00	12.000,00
Subprogramul de reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare	2.520,00	2.520,00
Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic si biomolecular al leucemiei acute	1.334,00	1.334,00

Suprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice	27.000,00	27.000,00
Programul national de diabet zaharat	826.651,63	813.236,00
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana	73.550,09	71.115,00
Programul naţional de tratament pentru boli rare	118.834,80	101.267,00
Programul naţional de tratament al bolilor neurologice	106.610,00	120.439,00
Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei, *din care:*	72.550,40	58.689,00
- Hemofilie	63.757,00	
- Talasemie	8.793,40	
Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)	11.251,43	10.219,00
Programul national de boli endocrine	6.622,86	4.598,00
Denumire program de sanatate	**Credite de angajament an 2015**	**Credite bugetare an 2015**
Programul national de ortopedie	54.543,68	58.203,00
Programul national de terapie intensiva a insuficientei hepatice	694,21	721,00
Programul naţional de boli cardiovasculare	79.630,23	107.378,00
Programul national de sanatate mintala	2.005,66	1.638,00
Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă, din care:	9.884,00	29.689,00
Subprogramul de radiologie intervenţională	5.472,49	14.931,00
Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos	3.769,00	13.478,00
Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil	372,40	361,00
Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular	270,11	919,00
Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica	869.430,00	869.430,00
Total	**3.563.536,86**	**3.656.040,86**

CAPITOLUL VIII

Structura programelor naţionale de sănătate curative aprobate pentru anul 2014, finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate

Programul naţional de boli cardiovasculare

Obiective:

- tratamentul bolnavilor cu afecţiuni cardiovasculare prin:

a) proceduri de cardiologie intervenţională;

b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

c) proceduri de chirurgie vasculară.

Activităţi:

a) tratamentul pacienţilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic şi aspectul morfofuncţional;

b) tratamentul pacienţilor cu aritmii rezistente la tratament convenţional prin proceduri de electrofiziologie;

c) tratamentul pacienţilor cu bradiaritmii severe prin implantare de stimulatoare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic şi electrofiziologic al aritmiei şi cu starea clinică a pacientului;

d) tratamentul pacienţilor cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convenţional prin implantarea de defibrilatoare interne;

e) tratamentul pacienţilor cu insuficienţă cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă şi fracţie de ejecţie < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă;

f) tratamentul pacienţilor cu patologie cardiovasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulţi şi copii);

g) tratamentul pacienţilor cu patologie vasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară.

h) tratamentul copiilor cu malformaţii cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervenţională

Criterii de eligibilitate:

a) pentru proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale: pacienţi cu stenoze arteriale severe cu indicaţie de dilatare percutană;

b) pentru proceduri de electrofiziologie: pacienţi cu aritmii rezistente la tratamentul convenţional;

c) pentru implantare de stimulatoare cardiace: pacienţi cu bradiaritmii severe, cu indicaţii de implantare de stimulatoare cardiace;

d) pentru implantare de defibrilatoare interne: pacienţi cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratament convenţional; pacienţi cu risc crescut de moarte subită;

e) pentru implantare de dispozitive de resincronizare cardiacă: pacienţi cu insuficienţă cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă şi fracţie de ejecţie < 35%;

f) pentru proceduri de chirurgie cardiovasculară: pacienţi cu boli cardiovasculare cu indicaţie chirurgicală fără contraindicaţii majore;

g) pentru proceduri de chirurgie vasculară: pacienţi cu afecţiuni vasculare cu indicaţie chirurgicală fără contraindicaţii majore.

h) pentru proceduri de cardiologie intervenţională în tratamentul copiilor cu malformaţii cardiace congenitale: copii cu canal arterial permeabil, defect septal interatrial, defect septal interventricular, stenoze valvulare pulmonare, stenoze valvulare aortice, coarctaţie aortică, arterioseptostomii paliative în transpoziţia marilor vase.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) numărul de bolnavi trataţi prin proceduri de dilatare percutană/an: 7.500;

b) numărul de bolnavi trataţi prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 1.140;

c) numărul de bolnavi trataţi prin implantare de stimulatoare cardiace/an: 4.700;

d) numărul de bolnavi trataţi prin implantare de defibrilatoare interne/an: 200;

e) numărul de bolnavi trataţi prin implantare de stimulatoare de resincronizare cardiacă/an: 150;

f) numărul de bolnavi (adulţi) trataţi prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 5.630;

g) numărul de bolnavi (copii) trataţi prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 400;

h) numărul de bolnavi trataţi prin intervenţii de chirurgie vasculară/an: 6.000;

i) număr de copii cu malformaţii cardiace congenitale trataţi prin intervenţii de cardiologie intervenţională/an: 50

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/bolnav tratat prin dilatare percutană/an: 2.500 lei;

b) cost mediu/bolnav tratat prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 2.850 lei;

c) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator cardiac/an: 2.216 lei;

d) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de defibrilator intern/an: 16.000 lei;

e) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator de resincronizare cardiacă/an: 8.351 lei;

f) cost mediu/bolnav (adult) tratat prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 6.166 lei;

g) cost mediu/bolnav (copil) tratat prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 6.325 lei;

h) cost mediu/bolnav tratat prin intervenţii de chirurgie vasculară/an: 796,05 lei.

i) cost mediu/ copil cu malformaţii cardiace congenitale trataţi prin intervenţii de cardiologie intervenţională/an: 14.850 lei

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice tratamentului prin procedeele specifice.

Unităţi care derulează programul:

1) proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

d) Centrul Clinic de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei Bucureşti;

e) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan" Bucureşti;

f) Spitalul Clinic de Urgenţă "Elias";

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

h) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;

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

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

k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;

l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea;

m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;

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

o) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;

p) clinicile ICCO Braşov;

q) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;

r) Spitalul Judeţean de Urgenţă Ploieşti;

s) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

ş) Societatea Comercială Clinica Polisano Sibiu;

t) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;

2) proceduri de electrofiziologie a aritmiilor:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

d) Centrul Clinic de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei Bucureşti;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;

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

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

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;

k) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;

l) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

3) implantare de stimulatoare cardiace:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

d) Centrul Clinic de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei Bucureşti;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;

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

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

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

j) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan" Bucureşti;

k) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;

l) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;

m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;

n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;

o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;

p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;

q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;

r) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";

s) clinicile ICCO Braşov;

ş) Spitalul Judeţean de Urgenţă Ploieşti;

t) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

ţ) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;

4) implantare de defibrilatoare interne:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

d) Centrul Clinic de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei Bucureşti;

e) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;

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

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

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;

k) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;

l) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";

m) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;

n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

5) resincronizare cardiacă în insuficienţa cardiacă severă:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

d) Centrul Clinic de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei Bucureşti;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;

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

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

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

j) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;

k) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

6) proceduri de chirurgie cardiovasculară adulţi:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;

b) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;

c) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;

d) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

e) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;

f) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

g) Centrul Clinic de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei Bucureşti;

h) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;

j) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";

7) proceduri de chirurgie cardiovasculară copii:

a) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;

b) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie";
8) proceduri de chirurgie vasculară:
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" Bucureşti;
b) Centrul Clinic de Urgenţă de Boli Cardiovasculare al Armatei Bucureşti;
c) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Bucureşti;
e) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca - Secţia clinică de chirurgie vasculară;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
j) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Braşov;
n) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
o) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
r) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;
s) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş.
9) proceduri de cardiologie intervenţională în tratamentul copiilor cu malformaţii cardiace congenitale:
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie"

Programul naţional de oncologie
Obiective:
a) tratamentul bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
b) monitorizarea evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice;
c) reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
d) diagnosticul leucemiilor acute.
e) radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice
Structură:
1. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
2. Subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT;
3. Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;

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

5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice

Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecţiuni oncologice

Activităţi:

- asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu afecţiuni oncologice: citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste în spital şi în ambulatoriu.

Criterii de eligibilitate:

1) includerea în subprogram: după stabilirea diagnosticului de boală neoplazică şi stadializarea extensiei tumorale, conform procedurilor recomandate de ghidurile şi tratatele naţionale şi internaţionale recunoscute;

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

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi trataţi: 110.000;

2) indicatori de eficienţă:

- cost mediu/bolnav tratat/an: 12.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere, inhibitori de osteoclaste).

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu" Bucureşti;

b) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;

c) Institutul Regional de Oncologie Iaşi;

d) Institutul Regional de Oncologie Timişoara;

e) unităţi sanitare care au în structură secţii, compartimente, ambulatorii de specialitate sau cabinete medicale, inclusiv unităţi sanitare cărora le sunt arondate ambulatorii/cabinete medicale de specialitate, după caz, ce au în competenţă tratarea bolnavilor pentru afecţiuni oncologice şi oncohematologice;

f) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie;

g) farmacii cu circuit deschis.

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

Activităţi:

- monitorizarea evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT.

Criterii de eligibilitate:

- pentru pacienţi adulţi:

1. nodul pulmonar solitar (NPS): pentru care un diagnostic nu a putut fi stabilit printr-o puncţie-biopsie din cauza tentativei nereuşite de puncţie; când NPS este inaccesibil pentru procedura de puncţie-biopsie sau când există contraindicaţie pentru utilizarea procedurii de puncţie-biopsie;

2. cancerul tiroidian: în cazul în care recurenţa sau persistenţa bolii este suspectată pe baza tireoglobulinei crescute, atunci când studiile standard imagistice sunt negative sau incerte;

3. tumori cu celule germinale: în cazul în care se suspectează recurenţa bolii pe baza unor valori crescute ale markerilor tumorali [betagonadotrofină corionică umană (hCG) şi/sau alfafetoproteina], iar testele standard imagistice sunt negative, sau atunci când rezecţia chirurgicală curativă este luată în considerare pentru o masă persistentă după tratamentul primar al unui seminom;

4. cancerul colorectal: în cazul în care se suspectează boala recurentă pe baza unor valori crescute şi/sau în creştere ale antigenului carcinoembrironic (ACE), atunci când testele standard imagistice sunt negative sau incerte, precum şi pentru evaluarea pacienţilor cu leziuni metastatice operabile;

5. limfom Hodgkin sau non-Hodgkin: pentru evaluarea formaţiunilor reziduale sau a suspiciunii de recidivă la un pacient cu limfom Hodgkin sau non-Hodgkin, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente sau pentru evaluarea răspunsului în stadiile incipiente, după două sau trei cicluri de chimioterapie şi la terminarea tratamentului;

6. cancerul bronhopulmonar

- cancerul bronhopulmonar nonmicrocelular (CBPNM): pentru cazurile în care rezecţia chirurgicală curativă este considerată indicată pe baza testelor imagistice standard negative sau neconcludente;

- pentru stadializarea cancerului bronhopulmonar nonmicrocelular şi microcelular, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente şi este luată în considerare o modalitate terapeutică combinată (chimioterapie şi radioterapie);

7. neoplazii ale capului şi gâtului: evaluarea bolii reziduale şi/sau a recidivelor când testele standard imagistice sunt neconcludente;

8. melanom malign: leziuni metastatice cu indicaţie chirurgicală, când examinările standard imagistice sunt neconcludente;

9. neoplasm esofagian, gastric sau pancreatic: evaluarea cazurilor cu indicaţie chirurgicală cu intenţie de radicalitate, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente;

10. neoplasm de ovar: evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor rezultate alterate ale examenelor de laborator - CA 125 ridicat, cu investigaţii imagistice standard neconcludente sau negative;

11. neoplasm mamar: evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă locală sau la distanţă, în cazul investigaţiilor imagistice standard neconcludente, precum şi

evaluarea cazurilor cu leziuni metastatice considerate operabile pe baza testelor standard imagistice;

12. sarcoame osoase sau de părţi moi: evaluarea cazurilor cu indicaţie chirurgicală cu intenţie de radicalitate, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente;

13. GIST, tumori neuroendocrine: evaluarea răspunsului terapeutic, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente;

14. localizarea tumorilor oculte la pacienţii cu metastaze cu punct de plecare neprecizat, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente;

- pentru pacienţi copii:

1. limfoame:

- limfom Hodgkin:
  - stadializare;
  - evaluarea răspunsului terapeutic;
- limfoame non-Hodgkin T şi B:
  - stadializare;
  - evaluarea răspunsului terapeutic;

2. sarcoame de părţi moi şi sarcoame osoase:

- stadializare;
- evaluarea răspunsului terapeutic;

3. neuroblastom:

- stadializare;
- evaluarea răspunsului terapeutic;

4. retinoblastom:

- stadializare;
- evaluarea răspunsului terapeutic;

5. tumori hepatice:

- stadializare;
- evaluarea răspunsului terapeutic;

6. metastaze cu punct de plecare neprecizat;

7. tumori rare, specifice adultului, cu aceleaşi indicaţii ca şi la adult (cancer colorectal, carcinom ORL, tumori germinale, tumori cutanate, tumoră pancreatică, tumoră tiroidiană, GIST, tumoră pulmonară);

8. tumori care nu pot fi diagnosticate - încadrate prin alte examinări paraclinice;

9. tumori cu evoluţie necorespunzătoare în urma tratamentului aplicat (reevaluare diagnostic).

Recomandarea pentru examinarea PET/CT se va face cu aprobarea comisiei de experţi a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi: 3.000;

2) indicatori de eficienţă:

- cost/investigaţie: 4.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii medicale paraclinice - investigaţii PET-CT.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Pozitron-Diagnosztika, Oradea;

b) Euromedic, Bucureşti;

c) Societatea Comercială "Pozitron Medical Investigation" - S.R.L. Constanţa;

d) Centrul de Diagnostic şi Tratament Oncologic Braşov;

e) Societatea Comercială "CT Clinic" - S.R.L., Cluj-Napoca;

f) MNT Healthcare Europe SRL-Neolife.

Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare

Activităţi:

- asigurarea endoprotezelor mamare pentru reconstrucţia mamară după afecţiuni oncologice.

Criterii de eligibilitate:

Criterii de includere:

- evaluare oncologică de etapă, care să avizeze explicit indicaţia de reconstrucţie mamară, imediată sau secundară

Criterii de excludere:

- protocol terapeutic oncologic ce nu permite efectuarea tratamentului reconstructiv;

- afecţiuni sistemice severe, care în urma evaluărilor interdisciplinare contraindică intervenţia sau anestezia generală.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnave: 800;

2) indicatori de eficienţă:

- cost mediu/bolnavă: 3.150 lei.

Natura cheltuielilor programului: endoproteze mamare pentru reconstrucţia mamară

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

b) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arsenie" Bucureşti;

c) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

d) Spitalul Clinic de Chirurgie Plastică, Reconstructivă şi Arsuri "Steaua" Bucureşti;

e) Spitalul Militar de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" Bucureşti;

f) Spitalul Clinic de Urgenţă Sf. Ioan Bucureşti;

g) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias Bucureşti;

h) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucureşti;

i) Spitalul Judeţean de Urgenţă Braşov;

j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
k) Spitalul Judeţean de Urgenţă Constanţa;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sfântul Spiridon" Iaşi;
n) Spitalul Clinic Judeţean Oradea;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
q) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
r) Institutul Regional de Oncologie Iaşi;
s) Spital Universitar de Urgenţă Militar Central „Dr. Carol Davila".

Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic şi biomolecular al leucemiilor acute

Activităţi:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul iniţial şi de certitudine al leucemiei acute

Criterii de eligibilitate:

A. Pentru derularea subprogramului unităţile sanitare trebuie să aibă în structură laboratoare care să îndeplinească condiţiile pentru diagnosticul leucemiilor acute, respectiv:

- să facă parte dintr-un spital dotat cu sector special de diagnostic şi tratament al leucemiilor acute. Spitalul trebuie să dispună de o conexiune directă cu un centru de transplant medular;
- să facă parte dintr-o platformă complexă de laborator, cu personal cu experienţă în diagnosticul leucemiilor acute. În structura acestei platforme trebuie să existe următoarele laboratoare: Citologie şi citochimie, Hemostază, Citogenetică/FISH, Citometrie în flux, Biologie moleculară axată pe aplicaţii în hematologie:

1. laboratoare de citometrie în flux

- să aibă în dotare cel puţin un citometru în flux cu minimum 4 culori în stare de funcţionare. Este de preferat ca în laborator să existe două citometre în flux pentru a se putea asigura un backup în situaţiile de urgenţă;
- personalul care lucrează în laborator să îndeplinească următoarele condiţii:

1. să aibă pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute dovedită prin certificate de participare la cursuri naţionale şi internaţionale sau prin stagii de pregătire efectuate în laboratoare de profil din străinătate;
2. să aibă o experienţă de cel puţin 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute;
3. să aibă un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate per an (cazuri noi şi în urmărire);

2. laboratoare de citogenetică

- să aibă dotare pentru:

• culturi celulare:
- hotă de biosecuritate clasa A2;
- incubator cu atmosferă controlată de CO_2;
- microscop inversat;
• microscopie optică:
- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă şi epifluorescenţă;
- programe pentru scanare automată a lamelor şi captarea metafazelor şi cariotipare;
- program pentru captarea, prelucrarea şi analiza imaginilor FISH (standard FISH, M-FISH, m-BAND, Q-FISH, CGH);
- să aibă personal specializat în examenul citogenetic şi FISH cu experienţă în domeniu de cel puţin 1 an;

3. laboratoare de biologie moleculară
- să aibă în dotare:
• sistem real time PCR;
• thermocycler PCR;
• sistem electroforeză chip/microfluidică;
• secvenţiator cu 8 capilare;
• extractor automat acizi nucleici;
• electroforeză clasică;
• pirosecvenţiator NextGen;
- să aibă personal cu experienţă în tehnica de biologie moleculară din patologia specifică oncohematologiei de cel puţin 1 an.

B.

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de leucemie acută dovedit obligatoriu printr-un examen citomorfologic efectuat anterior trimiterii spre investigare complexă prin imunofenotipare, citogenetică şi biologie moleculară.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul iniţial al leucemiei acute: 715;
- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 310;
- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic şi/sau FISH: 308;
- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 307;

NOTĂ:

Bolnavul care a beneficiat de servicii pentru diagnosticul iniţial al leucemiei acute poate efectua 1, 2 sau 3 din examenele pentru diagnostic de certitudine.

2) indicatori de eficienţă:

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul iniţial al leucemiei acute (medulogramă şi/sau examen citologic al frotiului sanguin, coloraţii citochimice): 201 lei;

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 1.309 lei;

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic şi/sau FISH: 834,5 lei;

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 600 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- servicii pentru diagnosticul iniţial şi de certitudine al leucemiilor acute.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Institutul Clinic Fundeni;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Colţea Bucureşti;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
e) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;
f) Institutul Regional de Oncologie Iaşi;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş.

Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice

Activităţi

- asigurarea serviciilor de radioterapie (radioterapie cu ortovoltaj, cobaltoterapie, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie IMRT, brahiterapie,) a bolnavilor cu afecţiuni oncologice.

Criterii de eligibilitate a bolnavilor oncologici:

a) criterii de includere: bolnavi cu afecţiuni oncologice, la recomandarea comisiei medicale de indicaţie terapeutică formată din cel puţin un medic radioterapeut, un medic oncolog şi medicul curant al bolnavului, putând face apel în funcţie de caz la următoarele specialităţi: chirurgie, chirurgie oncologică, imagistică medicală, anatomopatologie;
b) criterii de întrerupere: Intreruperea tratamentului prin radioterapie poate fi propusă de către medicul radioterapeut curant comisiei de indicaţie terapeutică în următoarele situaţii: decizia pacientului, evoluţia bolii sub tratament, apariţia de efecte secundare sau complicaţii acute ale tratamentului care pun în pericol viaţa pacientului, evoluţia la distanţă a bolii în timpul radioterapiei.

Indicatii de tratament de radioterapie:

a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj – tumori cutanate, tumori superficiale la care se poate documenta că izodoza de 90 % se suprapune

tumorii, în condiţii ideale (constante electrice, filtrare, geometria fasciculelor);

b) Cobaltoterapie – radioterapie 2D, cu indicaţii similare iradierii cu accelerator liniar 2D;
c) Radioterapie cu accelerator liniar 2D – tratamente paliative sau simptomatice, tratamente cu intenţie curativă la pacienţi selecţionaţi (pelvis prin tehnica "box", cancer mamar, cancere ORL – ex. cancer laringian operat);
d) Radioterapie cu accelerator liniar 3D – tratamente cu intenţie curativă, paliaţie sau tratamente simptomatice la pacienţi selecţionaţi – speranţa de viaţă neafectată de patologie asociată, tumori cerebrale, iradieri profilactice;
e) IMRT – tratamentul radiologic în cancerele ORL, cancerul prostatei, iradierea recidivelor sau a tumorilor după "geographic miss", în toate situaţiile în care se poate documenta o distribuţie mai bună a dozei faţă de iradierea 3D conformaţională – tumori cerebrale sau ale sistemului nervos central (ex. Iradiere cranio-spinală), iradiere după intervenţii limitate în cancerul mamar, la paciente cu sâni mari, iradierea peretelui toracic după mastectomie, cancer esofagian, cancer pulmonar cu intenţie curativă, cancer al canalului anal, cancerul traheei, radioterapie pediatrică, altele;
f) Brahiterapie –
    a. Brahiterapie intracavitară - iradiere exclusivă sau suplimentarea dozei în cancerele colului şi corpului uterin, iradiere paliativă endobronşică sau esofagiană, cancere ale rinofaringelui accesibile, pentru suplimentarea dozei sau iradierea paliativă a recidivelor, cancerul foselor nazale, cancerul conductului auditiv extern, tumori ale vaginului, rectului şi anusului;
    b. Brahiterapie interstiţială – cancerul canalului anal, cancerul sânului, cancerul prostatei, cancerul pleoapei, sarcoame, tumori superficiale;
    c. Brahiterapie de contact – foloseşte aplicatori speciali, pentru tumori cutanate sau superficiale.

Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
- număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu ortovoltaj: 1.778
- număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu cobaltoterapie/an: 2.450

- număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an: 3.685
- număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an: 5.347
- număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie IMRT/an: 1.213
- număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin brahiterapie/an: 149

2) indicatori de eficienţă:
tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj: 29 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu cobaltoterapie: 144 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 lei
- tarif/serviciu de radioterapie IMRT: 640lei
- tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei

Natura cheltuielilor subprogramului:
- cheltuieli pentru: stabilirea indicaţiei terapeutice, respectiv a tehnicii de iradiere, efectuarea planului de tratament radiologic, achizitia de date anatomice pentru planul de tratament radiologic – simulator conventional, CT-Sim, fuziune cu RMN, PET-CT, iradierea efectiva, controale intraterapeutice, in scopul aprecierii ritmului regresiunii tumorale si a gestionarii efectelor secundare acute ale tratamentului, controale postterapeutice.

Unităţi care derulează programul:
a) unităţile sanitare publice cu structuri de profil;
b) unităţi sanitare private autorizate/avizate şi evaluate în condiţiile legii;
c) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie care au structuri de profil.

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

Activităţi:
- reabilitarea auditivă prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive).

Criteriile de eligibilitate:
- hipoacuzie neurosenzorială profundă, cu praguri sub 90 dB, bilaterală, perilinguală, sub vârsta de 6 ani (IC);
- hipoacuzie neurosenzorială acută, postmeningitică;
- hipoacuzie neurosenzorială progresivă, cu dispariţia beneficiului protezelor auditive clasice;
- hipoacuzia neurosenzorială postlinguală profundă pe frecvenţele medii-înalte (> 1500 Hz) şi uşoară-medie pe frecvenţele joase, cu discriminare vocală 10 - 50%;

- hipoacuzie neurosenzorială la adult, cu praguri (media pentru frecvenţele conversaţionale) sub 70 dB pe audiogramă, sub 55 dB în câmp liber (cu protezare), cu sub 40% discriminare vocală (cu protezare şi stimul 65 dB HL);
- hipoacuzie neurosenzorială asimetrică, severă, profundă (BAHA sau IC);
- hipoacuzie cu transmisie uni/bilaterală care nu poate fi protezată clasic; otite externe recidivante, supuraţii auriculare cronice, stenoze/malformaţii de conduct auditiv extern (BAHA sau IUM);
- hipoacuzie neurosenzorială moderată-severă şi discriminare verbală peste 50% (IUM);
- conducere osoasă mai bună de 60 dB (BAHA);
- hipoacuzia de tip mixt (IUM);
- suport psihologic şi parental foarte bun.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:
- număr de implanturi cohleare: 110;
- număr de proteze auditive cu ancorare osoasă BAHA: 25;
- număr de proteze implantabile de ureche medie: 1;

2) indicatori de eficienţă:
- cost mediu/implant cohlear: 96.385 lei;
- cost mediu/proteză auditivă cu ancorare osoasă BAHA: 24.383 lei;
- cost mediu/proteză implantabilă de ureche medie: 39.507 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:
- cheltuieli cu materiale specifice: implanturi cohleare, proteze auditive cu ancorare osoasă şi proteze implantabile de ureche medie.

Unităţi care derulează programul:
a) Institutul de Fonoaudiologie şi Chirurgie Funcţională O.R.L. "Prof. Dr. Dorin Hociotă";
b) Spitalul Clinic Colţea Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Municipal Timişoara;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
e) Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
g) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie".

Programul naţional de diabet zaharat

Activităţi:

1) evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c);

2) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat: insulină şi ADO;

3) asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării persoanelor cu diabet zaharat insulinotrataţi;

4) asigurarea accesului la pompe de insulină şi materiale consumabile pentru acestea pentru cazurile aprobate de coordonatorii centrelor metodologice regionale.

Criterii de eligibilitate:

1) activitatea 1: bolnavi cu diabet zaharat, la recomandarea medicului specialist diabetolog, a medicului cu competenţă/atestat în diabet sau a medicilor desemnaţi. Medicii desemnaţi sunt medicii specialişti (medicină internă, medicină de familie), nominalizaţi de casele de asigurări de sănătate în situaţia în care există un deficit de medici diabetologi, sau cu competenţă în diabet, nutriţie şi boli metabolice la nivel judeţean.

2) activitatea 2:

a) pentru bolnavi beneficiari de insulină:

a.1) bolnavi cu diabet zaharat tip 1;

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

- atunci când, sub tratamentul maximal cu ADO şi respectarea riguroasă a dietei, hemoglobina A1c depăşeşte 7,5% (fac excepţie cazurile în care speranţa de viaţă este redusă);
- când tratamentul cu ADO este contraindicat;
- intervenţie chirurgicală;
- infecţii acute;
- infecţii cronice (de exemplu, TBC pulmonar);
- evenimente cardiovasculare acute (infarct miocardic angoroinstabil, AVC);
- alte situaţii (intoleranţă digestivă, stres);
- bolnave cu diabet gestaţional;

b) pentru bolnavii beneficiari de medicamente ADO:

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

b.2) bolnavi cu diabet zaharat nou-descoperit cu glicemia á jeun > 180 mg/dl şi/sau HbA1c >/= 8,0%;

3) activitatea 3: bolnavii cu diabet zaharat insulinotrataţi, la recomandarea medicului de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice şi a medicului cu competenţă/atestat:

a) insulinoterapie în prize multiple sau cu insulinoterapie convenţională;

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

Decizia de a întrerupe acordarea testelor de automonitorizare la bolnavii incluşi în Programul naţional de diabet zaharat aparţine în integralitate medicului de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi poate fi adoptată în următoarele condiţii:

a) lipsa de aderenţă la programul de monitorizare şi control medical de specialitate;

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu îşi dovedeşte eficacitatea;

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

a) bolnavi aflaţi în tratament permanent cu insulină:

a.1) copii cu diabet zaharat tip I, la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie intensivă corect aplicată;

a.2) adulţi cu diabet zaharat tip 1 peste vârsta de 18 ani la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie intensivă corect aplicată;

a.3) gravide cu diabet zaharat tip I;

b) bolnavi aflaţi în tratament temporar cu insulină:

b.1) diabet zaharat gestaţional sau gravide cu diabet zaharat şi insulinoterapie la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie intensivă;

b.2) orice tip de diabet zaharat, cu labilitate glicemică, ce nu poate fi controlat prin insulinoterapie intensivă;

c) criterii de decizie a pacientului:

c.1) motivaţie;

c.2) aderenţă la programul de monitorizare şi control (autoîngrijire, automonitorizare şi autoajustarea dozelor de insulină);

c.3) capacitate şi abilităţi de utilizare a pompei;

c.4) suport familial.

Decizia privind întreruperea utilizării unei pompe de insulină de către un bolnav aparţine în exclusivitate medicului diabetolog şi poate fi luată în următoarele condiţii:

a) lipsa de aderenţă sau aderenţa necorespunzătoare a bolnavului la programul de monitorizare şi control medical de specialitate pe parcursul utilizării pompei;

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu îşi dovedeşte eficacitatea.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

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

b) număr de bolnavi cu diabet zaharat trataţi: 703.719;

c) număr de bolnavi automonitorizaţi: 198.192, din care:

c.1) număr de copii cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizaţi: 3.061;

c.2) număr de adulţi cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizaţi: 195.131;

d) număr de bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de pompe de insulină: 76;

e) număr de bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină: 280;

2) indicatori de eficienţă:

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

b) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tratat/an: 1.030 lei;

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

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

e) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat beneficiar de pompă de insulină: 8.115 lei*);

f) cost mediu/bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru pompa de insulină/an: 7.617,78 lei.

---

*) Costul mediu/bolnav cu diabet zaharat beneficiar de pompă de insulină de 8.115 lei include pompa de insulină şi materialele consumabile pentru 12 luni.

Natura cheltuielilor programului:

a) cheltuieli pentru medicamente: insulină şi antidiabetice orale;

b) cheltuieli pentru materiale sanitare specifice: teste de automonitorizare;

c) cheltuieli pentru efectuarea HbA1c;

d) cheltuieli pentru pompe de insulină şi materiale consumabile pentru acestea.

Unităţi care derulează programul:

a) Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucureşti;

b) unităţi sanitare cu secţii/compartimente de profil, cabinete medicale de specialitate autorizate şi evaluate în condiţiile legii, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

c) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie;

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

e) farmacii cu circuit deschis.

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

f.1) pompe de insulină - centre metodologice regionale, respectiv:

- Bucureşti - Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucureşti (judeţe arondate: Brăila, Braşov, Călăraşi, Constanţa, Dâmboviţa, Giurgiu, Ilfov, Ialomiţa, Prahova, Sibiu, Tulcea, Vrancea);

- Timişoara - Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara (judeţe arondate: Alba, Arad, Bihor, Caraş-Severin, Hunedoara, Timiş);

- Craiova - Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova (judeţe arondate: Argeş, Dolj, Gorj, Mehedinţi, Olt, Vâlcea, Teleorman);

- Iaşi - Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi (judeţe arondate: Bacău, Botoşani, Buzău, Galaţi, Iaşi, Neamţ, Suceava, Vaslui);

- Cluj - Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj (judeţe arondate: Bistriţa-Năsăud, Cluj, Covasna, Harghita, Mureş, Maramureş, Sălaj, Satu Mare);

f.2) materiale consumabile pentru pompele de insulină:

- Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucureşti;

- centre şi unităţi sanitare cu secţii/compartimente de profil, cabinete medicale de specialitate autorizate şi evaluate în condiţiile legii.

Programul naţional de tratament al bolilor neurologice

Activităţi:

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

Criterii de eligibilitate:

1) scleroză multiplă:

a) vor fi incluşi bolnavii:

a.1) cu formă recurent-remisivă şi scor EDSS </= 5,5 (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Copaxone);

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

a.3) cu formă secundar progresivă şi scor EDSS </= 6,5 (Betaferon, Extavia);

a.4) cu formă progresivă cu recăderi şi scor EDSS </= 5,5 (Betaferon, Extavia, Rebif);

a.5) care nu au răspuns unei cure complete şi adecvate de betainterferon (indiferent de forma farmaceutică) sau glatirameracetat; pacienţii trebuie să fi avut cel puţin o recidivă în anul precedent în timp ce se aflau în tratament şi să aibă cel puţin 9 leziuni hiperintense T2 la IRM cranianã sau cel puţin o leziune evidenţiată cu gadoliniu (Tysabri);

a.6) cu forma recurent-remisivă severă, cu evoluţie rapidă, definită prin două sau mai multe recidive care produc invaliditate într-un an şi cu una sau mai multe leziuni evidenţiate cu gadoliniu la IRM cranianã sau o creştere semnificativă a încărcării leziunilor T2 comparativ cu un examen IRM anterior recent (Tysabri);

b) vor fi excluşi bolnavii:

b.1) cu reacţii adverse greu de suportat;

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

b.3) care refuză tratamentul;

b.4) femei gravide sau care alăptează;

b.5) apariţia unor afecţiuni hematologice grave, hepatice grave sau alte boli asociate grave care ar putea fi influenţate negativ de tratamentul specific sclerozei multiple;

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

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

c.2) apariţia de reacţii secundare severe sau greu de tolerat sub tratament;

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

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

c.5) apariţia tulburărilor depresive la pacienţi trataţi cu interferon (pot fi trataţi cu Copaxone);

c.6) scăderea eficienţei clinice sub tratament cu un imunomodulator de linia I (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Copaxone) şi cel puţin două recăderi în ultimul an necesită iniţierea tratamentului cu Tysabri (cu respectarea riguroasă a indicaţiilor, contraindicaţiilor, metodologiei de iniţiere şi monitorizare specifice).

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi cu scleroză multiplă trataţi: 3.046;

2) indicatori de eficienţă:

- cost mediu/bolnav cu scleroză multiplă tratat/an: 35.000 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti - Clinica de neurologie;

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

c) Spitalul Clinic Colentina - Clinica de neurologie;

d) Spitalul Clinic Universitar Elias - Clinica de neurologie;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

f) Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;

g) Spitalul de Urgenţă "Prof. Agrippa Ionescu" - Clinica de neurologie;

h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timiş - Clinica de neurologie;

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj - Clinica de neurologie;

j) Institutul Clinic Fundeni - Clinica de neurologie;

k) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" Bucureşti.

Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei

Activităţi:

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

Criterii de eligibilitate:

1) hemofilia:

a) bolnavi cu hemofilie şi boala von Willebrand, care necesită tratament cu factor antihemofilic;

b) bolnavi cu formă severă de boală (concentraţie de factor sub 1%), având vârste cuprinse între 1 - 18 ani, pentru tratamentul profilactic al accidentelor hemoragice;

c) bolnavi cu hemofilie care necesită intervenţii chirurgicale ortopedice majore;

d) bolnavi cu intervenţii chirurgicale, altele decât cele ortopedice majore;

2) talasemie majoră:

a) nivelul feritinei serice >/= 1.000 ng/ml;

b) bolnavi cu hemosideroză secundară transfuziei.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu hemofilie între 1 şi 18 ani cu substituţie profilactică: 160;

b) număr de bolnavi cu hemofilie cu substituţie "on demand": 960;

c)) număr bolnavi cu hemofilie cu substituţie de scurtă durată (recuperare medicală după intervenţii chirurgicale): 50

d) număr de bolnavi cu hemofilie cu inhibitori cu substituţie pentru accidente hemoragice: 136;

e) număr de bolnavi cu hemofilie cu substituţie pentru intervenţiile chirurgicale ortopedice majore: 25;

f) număr de bolnavi cu hemofilie cu substituţie pentru intervenţiile chirurgicale, altele decât cele ortopedice majore: 30;

g) număr de bolnavi cu talasemie: 200;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/bolnav cu hemofilie între 1 şi 18 ani cu substituţie profilactică/an: 90.000 lei;

b) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu substituţie "on demand"/an: 31.000 lei;

c) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu substituţie de scurtă durată (recuperare medicală după intervenţii chirurgicale): 40.000 lei;

d) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu inhibitori cu substituţie pentru accidente hemoragice/an: 112.000 lei;

e) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu substituţie pentru intervenţiile chirurgicale ortopedice majore/an: 46.600 lei;

f) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu substituţie pentru intervenţiile chirurgicale, altele decât cele ortopedice majore/an: 40.000 lei;

g) cost mediu/bolnav cu talasemie: 43.967 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:

- tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenţii chirurgicale:

a) Institutul Naţional de Hematologie Transfuzională "Prof. Dr. C.T. Nicolau" Bucureşti;

b) Clinica de Hematologie Fundeni, Clinica de Pediatrie Fundeni;

c) Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti;

d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;

e) Spitalul Clinic Colţea;

f) Centrul Medical de Evaluare şi Recuperare pentru Copii şi Tineri „Cristian Şerban” Buziaş;

g) unităţi sanitare cu secţii sau compartimente de pediatrie şi hematologie;

h) unităţi sanitare cu secţii sau compartimente de medicină internă pentru judeţele unde nu există unităţi sanitare cu secţii sau compartimente de hematologie

i) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie;

- tratamentul bolnavilor care necesită intervenţii chirurgicale:

a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie";

b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;

d) Institutul Clinic Fundeni;

e) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

f) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;

h) Spitalul Clinic Judeţean Craiova;

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj;

k) Institutul Naţional de Hematologie Transfuzională "Prof. Dr. C.T. Nicolau" Bucureşti;

l) Spitalul Clinic de Urgenţe pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi.

Programul naţional de tratament pentru boli rare

Activităţi:

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

a) tratamentul bolnavilor cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme cronice (polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă, neuropatie motorie multifocală cu bloc de conducere, neuropatie demielinizantă paraproteinică, sindroame neurologice paraneoplazice, miopatie inflamatorie,

scleroză multiplă - forme cu recăderi şi remisiuni la copii sub 12 ani, encefalita Rasmussen) şi forme acute - urgenţe neurologice (poliradiculonevrite acute, sindrom Guillain-Barré, miastenia - crize miastenice), tratamentul polineuropatiei familiale amiloide cu transtiretină;

b) tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă;

c) tratamentul bolnavilor cu boala Fabry;

d) tratamentul bolnavilor cu boala Pompe;

e) tratamentul bolnavilor cu tirozinemie;

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

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

h) tratamentul bolnavilor cu afibrinogenemie congenitală;

i) tratamentul bolnavilor cu sindrom de imunodeficienţă primară;

j) tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă;

k) tratamentul sclerozei sistemice şi ulcerelor digitale evolutive;

l) tratamentul purpurei trombocitopenice imune cronice la adulţii splenectomizaţi şi nesplenectomizaţi;

m) tratamentul hiperfenilalaninemiei la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4);

n) tratamentul sclerozei tuberoase);

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

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

a) tratamentul bolnavilor cu scleroză laterală amiotrofică;

b) tratamentul bolnavilor cu mucoviscidoză;

c) tratamentul bolnavilor cu Sindrom Prader Willi;

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

5) asigurarea în spital a tijelor telescopice pentru bolnavii cu osteogeneză imperfectă.

Criterii de eligibilitate:

1) boli neurologice degenerative/inflamator-imune:

a) bolnavi cu diagnostic cert de boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme cronice (polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă, neuropatie motorie multifocală cu bloc de conducere, neuropatie demielinizantă paraproteinică, sindroame neurologice paraneoplazice, miopatie inflamatorie, scleroză multiplă - forme cu recăderi şi remisiuni la copii sub 12 ani, encefalita Rasmussen);

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

2) scleroză laterală amiotrofică:

- bolnavi cu diagnostic cert de scleroză laterală amiotrofică;

3) osteogeneză imperfectă:

a) tratament medicamentos: bolnavii cu diagnostic cert de osteogeneză imperfectă (diagnostic clinic, paraclinic şi genetic);

b) tratament cu tije telescopice:

- bolnavi cu fracturi multiple şi/sau deformări osoase care necesită armarea oaselor lungi;

4) boala Fabry:

- bolnavii cu diagnostic cert de boala Fabry;

5) boala Pompe:

- bolnavii cu diagnostic cert de boala Pompe;

6) tirozinemie:

- bolnavi cu diagnostic cert de tirozinemie.

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

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

9) bolnavii cu diagnostic cert de afibrinogenemie congenitală;

10) bolnavii cu diagnostic cert de sindrom de imunodeficienţă primară;

11) hipertensiune arterială pulmonară:

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

a.1) idiopatică/familială;

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

a.3) asociată cu defecte cardiace cu şunt stânga-dreapta de tipul defect septal ventricular, defect septal atrial, canal arterial persistent, precum şi forma severă de evoluţie a acestora către sindrom Eisenmenger;

a.4) de cauză tromboembolică fără indicaţie de tromboendarterectomie sau cu HTAP persistentă după tromendarterectomie;

b) criterii de eligibilitate pentru copii:

b.1) grupa de vârstă 0 - 18 ani;

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

b.3) sindrom Eisenmenger;

b.4) malformaţiile cardiace congenitale complexe de tip ventricul unic şi anastomozele cavopulmonare, cu creşterea presiunii în circulaţia pulmonară;

b.5) HTAP idiopatică;

c) criterii de eligibilitate pentru adulţi:

c.1) HTAP idiopatică/familială;

c.2) HTAP asociată cu colagenoze;

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

d) condiţii suplimentare obligatorii:

d.1) pacienţi cu HTAP aflaţi în clasa funcţională II - IV NYHA;

d.2) pacienţii la care cateterismul cardiac drept evidenţiază o PAPm > 35 mmHg şi PAPs > 50 mmHg;

d.3) pacienţii a căror distanţă la testul de mers de 6 minute efectuat iniţial este mai mică de 450 de metri. La pacienţii cu test de mers de sub 150 (foarte severi) sau imposibil de realizat (comorbidităţi), testul de mers nu va putea fi folosit ca parametru de eficienţă;

d.4) includerea în Registrul naţional al pacienţilor cu HTAP;

12) mucoviscidoză:

- bolnavii cu diagnostic cert de mucoviscidoză;

13) epidermoliză buloasă:

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

14) sindromul Prader Willi:

- bolnavii cu diagnostic cert de Sindrom Prader Willi.

15) Polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină

- bolnavi cu diagnostic cert de polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină

16) Scleroza sistemică şi ulcerele digitale evolutive

- bolnavi cu diagnostic cert de sclerozăsistemică şi ulcerele digitale evolutive

17) Purpura trombocitopenică imună cronică la adulţii splenectomizaţi şi nesplenectomizaţi

- bolnavi adulţi cu trombocitopenie imună primară (idiopatică) cronică refractară la alte linii de tratament inclusiv splenectomie sau cu contraindicaţie de splenectomie

18) Hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)

- bolnavi cu hiperfenilalaninemie care au fost diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)

19) Scleroza tuberoasă:

a) Astrocitom subependimal cu celule gigant (ASCG) asociat cu complexul sclerozei tuberoase (TSC)

- bolnavi cu astrocitom subependimal cu celule gigant (ASCG) asociat cu complexul sclerozei tuberoase (CST), care necesită intervenţie terapeutică, dar care nu pot fi supuşi intervenţiei;

- bolnavi care prezentă cel puţin o leziune de tip astrocitom subependimal cu celule gigant (ASCG) cu diametrul maxim mai mare de 0,5 cm documentată prin examen imagistic (RMN sau CT);

- creşterea ASCG argumentată prin imagini radiologice seriale;

- vârsta >/= 1 an;

b) Angiomiolipom renal asociat cu complexul sclerozei tuberoase (TSC)

- bolnavi adulţi cu angiomiolipom renal asociat cu complexul sclerozei tuberoase (CST) care prezintă riscul apariţiei de complicaţii (pe baza unor factori cum sunt dimensiunea tumorii, prezenţa anevrismului sau prezenţa tumorilor multiple ori bilaterale), dar care nu necesită intervenţie chirurgicală imediată;

- leziunile AML cu diametrul maxim egal sau mai mare de 3 cm documentat prin examen imagistic (RMN sau CT); tratamentul cu un inhibitor de mTOR este recomandat ca fiind cel mai eficient tratament de prima linie. (Evidenţa de Categorie 1);

- creşterea în dimensiuni a angiolipomului argumentată prin imagini radiologice seriale."

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme cronice: 175;

b) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme acute - urgenţe neurologice: 212;

c) număr de bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică: 499;

d) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (medicamente): 29;

d.1) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice): 20;

e) număr de bolnavi cu boala Fabry: 15;

f) număr de bolnavi cu boala Pompe: 2;

g) număr de bolnavi cu tirozinemie: 5;

h) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter): 15;

i) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler): 5;

j) număr de bolnavi cu afibrinogenemie congenitală: 1;

k) număr de bolnavi cu sindrom de imunodeficienţă primară: 118;

l) număr de bolnavi cu HTAP trataţi: 392;

m) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (adulţi): 76;

n) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (copii): 348;

o) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă: 80;

p) număr de bolnavi cu sindromul Prader Willi: 15;

r) număr de bolnavi cu polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină: 10;

s) număr de bolnavi cu scleroză sistemică şi ulcere digitale evolutive: 61;

ş) număr de bolnavi adulţi cu purpură trombocitopenică imună cronică splenectomizaţi şi nesplenectomizaţi: 40;

t) număr de bolnavi cu hiperfenilalaninemie care au fost diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4): 10;

ţ) număr de bolnavi cu scleroză tuberoasă: 5;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme cronice/an: 49.910 lei;

b) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgenţe neurologice/an: 27.878 lei;

c) cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică/an: 5.882,53 lei;

d) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (medicamente)/an: 1.186 lei;

d.1) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice)/an: 30.000 lei;

e) cost mediu/bolnav cu boală Fabry/an: 825.896 lei*);

f) cost mediu/bolnav cu boală Pompe/an: 1.016.049 lei*);

g) cost mediu/bolnav cu tirozinemie/an: 126.750 lei;

h) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter)/an: 1.671.521 lei*);

i) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler)/an: 1.250.000 lei*);

j) cost mediu/bolnav cu afibrinogenemie congenitală/an: 169.000 lei;

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

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

m) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (adulţi)/an: 35.771 lei;

n) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (copii)/an: 39.984 lei;

o) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă/an: 22.794 lei;

p) cost mediu/bolnav cu boala Prader Willi/an: 26.890,47 lei;

r) cost mediu/bolnav cu polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină/an: 639.103,56 lei;

s) cost mediu/bolnav cu sclerodermie sistemică şi ulcerele digitale evolutive/an: 114.357,48 lei;

ş) cost mediu/bolnav adult cu purpură trombocitopenică imună cronică splenectomizat sau nesplenectomizat/an**): 416.596 lei;

t) cost mediu/bolnav cu hiperfenilalaninemie care a fost diagnosticat cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)/an**): 210.624 lei;

ţ) cost mediu/bolnav cu scleroză tuberoasă/an**): 360.000 lei.

---

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

**) Pentru bolnavii prevăzuţi la lit. ş), t) şi ţ) pentru care iniţierea şi continuarea tratamentului se fac numai cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, fondurile vor fi alocate caselor de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu unităţile sanitare nominalizate pentru aceste afecţiuni, în concordanţă cu aprobările comisiei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice;

- materiale sanitare specifice pentru bolnavii cu epidermoliză buloasă şi bolnavii cu osteogeneză imperfectă.

Unităţi care derulează programul:

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

Secţii/compartimente de specialitate neurologie din:

a) Institutul Naţional de Neurologie şi Boli Neurovasculare Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Institutul Clinic Fundeni;

d) Spitalul Clinic Colentina;

e) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi;

f) Spitalul de Recuperare Iaşi;

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;

h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

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

k) Spitalul de Urgenţă "Prof. dr. Agripa Ionescu";

l) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;

m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea;

n) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;

2) boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgenţe neurologice:

Secţii/compartimente de specialitate neurologie din:

a) Institutul Naţional de Neurologie şi Boli Neurovasculare Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;

d) Spitalul Clinic Colentina;

e) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi;

f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;

h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

i) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinică neurologie pediatrică;

j) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;

k) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;

l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea;

3) scleroză laterală amiotrofică:

- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

4) osteogeneza imperfectă:

- medicamente:

a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu", Bucureşti;

b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M.S. Curie", Bucureşti;

c) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;

- tije telescopice:

a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M.S. Curie" Bucureşti;

b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;

5) boala Fabry:

a) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj - Secţia clinică de nefrologie şi dializă;

b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi - Clinica IV pediatrie;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa - Secţia hematologie-interne;

d) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti - Secţia clinică neurologie;

e) Spitalul Judeţean de Urgenţă Focşani;

f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj - Clinica de nefrologie;

g) Spitalul Clinic "Dr. C. I. Parhon" Iaşi;

h) Spitalul Clinic Judeţean Ilfov "Sfinţii Împăraţi Constantin şi Elena";

i) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;

j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea;

6) boala Pompe:

a) Spitalul Judeţean de Urgenţă Ialomiţa;

b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;

c) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;

7) tirozinemia:

a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Ioan" - Galaţi;

b) Spitalul de Pediatrie Piteşti;

c) Spitalul Municipal Caracal;

d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa "Sfântul Apostol Andrei";

8) mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter):

a) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare - secţia de pediatrie;

b) Spitalul Municipal Caritas - Roşiorii de Vede;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad - secţia de pediatrie;

d) Spitalul Judeţean de Urgenţă Mavromati Botoşani;

e) Spitalul Clinic de Copii Braşov;

f) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;

g) Spitalul Judeţean de Urgenţă Sf. Gheorghe;

h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Slatina;

j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

k) Spitalul Judeţean de Urgenţă Tulcea;

l) Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila

9) mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler):

a) Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti;

b) Spitalul Clinic Municipal "Dr. G. Curteanu" Oradea;

c) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe;

10) afibrinogenemie congenitală:

a) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;

b) Spitalul Orăşenesc Vişeu de Sus;

11) sindrom de imunodeficienţă primară:

a) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca;

b) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;

c) Spitalul Judeţean Bacău;

d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;

f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

g) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;

h) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;

i) Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău;

j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;

k) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;

l) Spitalul Clinic de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;

m) Spitalul Clinic de Urgenţă Arad;

n) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgu Jiu;

o) Spitalul Judeţean de Urgenţă Buzău;

p) Spital Clinic de Copii Braşov;

q) Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti;

r) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;

s) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Prof. Dr. Louis Ţurcanu" Timişoara;

ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

t) Spitalul Judeţean de Urgenţă Buzău;

12) mucoviscidoza:

- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

13) epidermoliza buloasă:

- medicamente şi materiale sanitare specifice:

a) Spitalul Clinic Colentina;

b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;

d) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj;

f) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;

14) hipertensiune arterială pulmonară:

a) pentru copii:

a.1) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;

a.2) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;

a.3) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;

a.4) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" Bucureşti;

b) pentru adulţi:

b.1) Institutul de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta" Bucureşti;

b.2) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu";

b.3) Spitalul Clinic de Pneumologie Iaşi;

b.4) Spitalul de Boli Infecţioase şi Pneumologie "Victor Babeş" Timişoara;

b.5) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;

b.6) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu-Mureş

15) Sindromul Prader Willi.

- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

16) Polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină

a) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti.

17) Scleroza sistemică şi ulcerele digitale evolutive

a) Spitalul Clinic Sfânta Maria Bucureşti;

b) Spitalul Clinic Dr. Ioan Cantacuzino Bucureşti;

c) Spitalul Clinic Colentina;

d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

f) Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa.

18) Purpura trombocitopenică imună cronică la adulţii splenectomizaţi şi nesplenectomizaţi

a) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;

b) Spitalul Clinic Colţea;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;

d) Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;

e) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara.

19) Hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)

a) Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti;

b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;

c) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;

d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
f) Spitalul Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
g) Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice „Prof. Dr. N. Paulescu” Bucureşti.
20) Scleroza tuberoasă
a) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Institutul Clinic Fundeni.

Programul naţional de sănătate mintală

Activităţi:

a) asigurarea tratamentului de substituţie cu agonişti şi antagonişti de opiacee pentru persoane cu toxicodependenţă;

b) testarea metaboliţilor stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament şi pentru monitorizarea tratamentului.

Criterii de eligibilitate

Pentru tratamentul de substituţie cu agonişti de opiacee:

Criterii de includere a pacienţilor:

a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare şi doar cu consimţământul scris al reprezentantului legal;

b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependenţă de opiacee;

c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină.

Criterii de orientare pentru includerea în tratamentul de substituţie:

a) afirmativ încercări repetate de întrerupere a consumului;

b) comportament de consum cu risc;

c) HIV/SIDA;

d) femei însărcinate;

e) comorbidităţi psihiatrice;

f) comorbidităţi somatice;

g) polidependenţă.

Criterii de excludere a pacienţilor:

a) nerespectarea îndeplinirii recomandărilor medicale primite pe parcursul programului;

b) nerespectarea regulamentului de organizare internă al furnizorului de servicii medicale;

c) refuzul de a se supune testării pentru depistarea prezenţei drogurilor sau metaboliţilor acestora în urină ori de câte ori se solicită de către medicul său curant;

d) comportamente agresive fizice ori verbale;

e) falsificarea de reţete sau orice alt tip de document medical;

f) consumul şi traficul de droguri în incinta centrelor de tratament;

g) înscrierea simultană la mai multe unităţi sanitare care derulează programul de tratament de substituţie.

Pentru tratamentul de substituţie cu antagonişti de opiacee (Naltrexona):

Criterii de includere a pacienţilor:

a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare şi doar cu consimţământul scris al reprezentantului legal;

b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependenţă de opiacee;

c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină, urmat de o perioadă de abstinenţă între 7 şi 14 zile;

d) declaraţia pacientului pentru abstinenţa totală la opiacee pe termen lung, cu semnarea unui consimţământ informat asupra riscurilor şi beneficiilor tratamentului cu naltrexona.

Criterii de excludere a pacienţilor:

a) test pozitiv de opiacee;

b) semne şi simptome clinice de consum recent de opiacee;

c) semne clinice şi paraclinice de citoliză hepatică.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi în tratament substitutiv: 1.318;

b) număr de teste pentru depistarea prezenţei drogurilor în urina bolnavilor: 16.370;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/bolnav cu tratament de substituţie/an: 1.405lei;

b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină: 9,40 lei;

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru tratamentul de substituţie cu agonişti şi antagonişti de opiacee pentru persoane cu toxicodependenţă;

- cheltuieli pentru teste pentru depistarea prezenţei drogurilor în urina bolnavilor.

Unităţi care derulează programul:

a) Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola;

b) Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsuri de Siguranţă Jebel;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca - Secţia clinică psihiatrie III acuţi - Compartiment toxicomanie;

d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca - Secţia toxicomanie copii;

e) Spitalul Clinic de Urgenţă Floreasca Bucureşti - Secţia ATI II toxicologie;

f) Spitalul Clinic de Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti - Secţia toxicologie;

g) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Al. Obregia" Bucureşti;

h) Centrul de evaluare şi tratament al toxicodependenţilor tineri "Sfântul Stelian" Bucureşti;

i) Institutul Naţional de Boli Infecţioase "Prof. Dr. Matei Balş" Bucureşti

j) Penitenciarul Spital Rahova.

Notă: Implementarea activităţilor din cadrul Programului naţional de sănătate mintală se realizează cu respectarea metodologiei elaborate de către Centrul Naţional de Sănătate Mintală şi Luptă Antidrog, cu avizul Comisiei de psihiatrie şi psihiatrie pediatrică a Ministerului Sănătăţii.

Programul naţional de boli endocrine

Activităţi:

- asigurarea în spital şi în ambulatoriu a medicamentelor specifice pentru tratamentul osteoporozei şi al guşei prin tireomegalie datorată carenţei de iod şi proliferării maligne.

Criterii de eligibilitate:

1. pentru bolnavii cu osteoporoză:

- diagnostic prin absorbţiometrie dual cu raze X (DEXA), după următoarele criterii:

Semnificaţia coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Alfacalcidol

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

2. pentru bolnavii cu guşă prin tireomegalie datorată carenţei de iod:

- diagnosticul guşei cu/fără complicaţii, pacient din zona dovedită/cunoscută cu deficit geoclimatic de iod;

3. pentru bolnavii cu guşă prin tireomegalie datorată proliferării maligne:

- confirmare de proliferare malignă a tiroidei prin puncţie biopsie tiroidiană cu ac subţire sau examen histopatologic (postintervenţie chirurgicală tiroidiană).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici: număr de bolnavi trataţi: 14.419, din care:

a) 6.940 cu osteoporoză;

b) 6.868 cu guşă prin tireomegalie cauzată de carenţa de iod;

c) 611 cu guşă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/bolnav cu osteoporoză tratat/an: 840 lei;

b) cost mediu/bolnav cu guşă prin tireomegalie cauzată de carenţa de iod/an: 47 lei;

c) cost mediu/bolnav cu guşă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă/an: 769,99 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului osteoporozei şi tratamentului pentru guşă prin tireomegalie, datorată carenţei de iod sau proliferării maligne.

Unităţi care derulează programul:

a) Institutul Naţional de Endocrinologie "C.I. Parhon" Bucureşti;

b) Spitalul Clinic de Urgenţă Elias Bucureşti;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj;

d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sfântul Spiridon" Iaşi;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;

f) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;

h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;

i) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;

j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;

l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;

m) Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea;

n) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piatra Neamţ;

o) Spitalul Judeţean de Urgenţă Râmnicu Vâlcea;

p) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;

q) Spitalul Judeţean de Urgenţă Sfântu Gheorghe;

r) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgovişte;

s) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgu Jiu;

t) Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău;

u) Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila;

v) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Galaţi;

w) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;

x) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Mavromati" Botoşani;

y) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bistriţa-Năsăud;

z) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;
aa) Spitalul Municipal Câmpulung Muscel;
ab) Spitalul de Cardiologie Covasna;
ac) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
ad) Spitalul Judeţean de Urgenţă Ploieşti;
ae) Spitalul Judeţean de Urgenţă Miercurea Ciuc;
af) Spitalul Judeţean de Urgenţă Tulcea;
ag) Institutul Oncologic „Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucureşti
ag) farmacii cu circuit deschis pentru medicamentele corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum.

Programul naţional de ortopedie

Activităţi:

- asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecţiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare tumorale specifice tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală, pentru tratamentul prin implant segmentar de coloană al pacienţilor cu diformităţi de coloană, precum şi pentru tratamentul prin chirurgie spinală pentru bolnavii cu patologie tumorală degenerativă sau traumatică, pentru tratamentul copiilor cu malformaţii grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică şi implanturi de fixare pentru tratamentul instabilităţilor articulare cronice.

Criterii de eligibilitate:

1. Tratamentul prin endoprotezare:

a) ortopedie pediatrică:

- pacienţi copii cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulaţiilor periferice;
- pacienţi copii cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;
- pacienţi copii cu sechele după luxaţie congenitală de şold cu anchiloza precoce a articulaţiilor afectate;
- pacienţi copii cu sechele după afecţiuni dobândite (Maladie Legg Calve Perthes, Epifizioliza);

b) ortopedia adultului:

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

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

a) ortopedie pediatrică:

- copii cu tumori osoase primitiv maligne;
- adolescenţi cu tumori osoase primitiv maligne;
- copii sau adolescenţi ce necesită revizie după o eventuală protezare primară efectuată în antecedente;

b) ortopedia adultului:

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

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

- medicul-şef al secţiei de specialitate în care este internat bolnavul;
- preşedintele Comisiei de ortopedie şi traumatologie;
- 2 medici şefi de clinică de specialitate (prin rotaţie);
- un medic de specialitate oncologie, pentru cazurile tumorale.

3. Tratamentul prin instrumentaţie segmentară de coloană:

a) ortopedie pediatrică:

- pacienţi copii şi adolescenţi cu diformităţi grave de coloană: scolioze, cifoze, cifoscolioze idiopatice;
- pacienţi copii cu afecţiuni posttraumatice ale coloanei vertebrale;
- pacienţi copii cu patologie tumorală a coloanei vertebrale;

b) ortopedia adultului:

- pacienţi tineri cu diformităţi grave de coloană: scolioze, cifoze, cifoscolioze idiopatice sau congenitale, cu afectarea capacităţii respiratorii şi funcţiei cardiovasculare.

4. Tratamentul prin chirurgie spinală:

- pacienţi cu patologie degenerativă sau traumatică asociată cu risc major de invaliditate neurologică gravă şi permanentă.

5. Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică:

- pacienţi copii cu blocuri vertebrale;
- pacienţi copii cu hemivertebre;
- pacienţi copii cu alte afecţiuni congenitale ale coloanei vertebrale care necesită instrumentaţie specifică.

Fiecare caz cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică se aprobă de către o comisie constituită din:

- medicul-şef al secţiei de specialitate în care este internat bolnavul;

- preşedintele Comisiei de ortopedie şi traumatologie;
- 2 medici şefi de clinică de specialitate (prin rotaţie).

6. Tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare:

- pacienţi majoritar activi din punct de vedere profesional, care manifestă fenomene de instabilitate articulară cronică şi/sau anomalii de biomecanică şi funcţionalitate articulară

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de copii cu afecţiuni articulare endoprotezaţi/an: 10;

b) număr de adulţi cu afecţiuni articulare endoprotezaţi/an: 11.478;

c) număr de copii cu endoprotezare articulară tumorală/an: 10;

d) număr de adulţi cu endoprotezare articulară tumorală/an: 20;

e) număr de copii cu implant segmentar/an: 40;

f) număr de adulţi cu implant segmentar/an: 583;

g) număr de adulţi trataţi prin chirurgie spinală/an: 1.000;

h) număr de copii cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică trataţi/an: 2;

i) număr de adulţi cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare: 1.300

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/copil endoprotezat/an: 4.501 lei;

b) cost mediu/adult endoprotezat/an: 4.099,56 lei;

c) cost mediu/copil cu endoprotezare articulară tumorală/an: 25.000 lei;

d) cost mediu/bolnav cu endoprotezare articulară tumorală/an: 25.000 lei;

e) cost mediu/copil cu implant segmentar de coloană/an: 10.000 lei;

f) cost mediu/adult cu implant segmentar de coloană/an: 1.017 lei;

g) cost mediu/adult tratat prin chirurgie spinală: 971 lei;

h) cost mediu/copil cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică tratat/an: 90.000 lei;

i) cost mediu/adult cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare/an: 3.500 lei

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli materiale sanitare specifice: necesare endoprotezării, tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală, tratamentului prin instrumentaţie segmentară de coloană, tratamentului prin chirurgie spinală, tratamentului copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică şi tratamentului instabilităţii articulare prin implanturi de fixare.

Unităţi care derulează programul:

1. Tratamentul prin endoprotezare:

a) ortopedie pediatrică:

- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;

- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi;

b) ortopedie adulţi:

- unităţi sanitare cu secţii sau compartimente de profil raportoare/înscrise la RNE;
- unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie.

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

a) ortopedie pediatrică:

- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi;
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;

b) ortopedie adulţi:

- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
- Spitalul Clinic Judeţean Mureş;
- Spitalul Clinic Colentina;
- Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti.

3. Tratamentul prin implant segmentar de coloană:

a) ortopedie pediatrică:

- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi;
- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;

b) ortopedie adulţi:

- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;
- Spitalul Clinic Colentina;
- Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
- Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
- Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Bucureşti;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
- Spitalul Clinic Colentina;
- Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti.

4. Tratamentul prin chirurgie spinală:

- Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;
- Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Nicolae Oblu" Iaşi;

- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
- Spitalul Clinic Colentina;
- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti.

5. Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică:
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru copii "M. S. Curie" Bucureşti;
- Spitalul Clinic de Urgenţă Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti.

6. Tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare:
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Brasov
- Spitalul Clinic C.F. Nr.2 Bucuresti
- Spitalul Clinic Colentina Bucuresti
- Spitalul Clinic Ort-Traum "Foisor" Bucuresti
- Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar Arseni" Bucuresti
- Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Bucuresti
- Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf.Ioan" Bucuresti
- Spitalul Clinic de Urgenţă Bucuresti
- Spitalul Universitar de Urgenţă Bucuresti
- Spitalul Universitar de Urgenţă Elias Bucuresti
- Spitalul Universitar de Urgenţă Mil. Central Bucuresti
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca
- Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca
- Spitalul Militar de Urgenţă "Dr. Ct. Papilian" Cluj Napoca
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanta
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iasi
- Spitalul Clinic Judeţean Targu-Mures
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Targu Mures
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timisoara Nr.2
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timisoara Nr.1
- Spitalul Militar de Urgenţă "Victor Popescu" Timisoara

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

Activităţi:

- asigurarea medicamentelor specifice necesare tratamentului în ambulatoriu al stării posttransplant pentru pacienţii transplantaţi;
- asigurarea medicamentelor specifice (imunoglobulină antihepatitică B) pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienţii cu transplant hepatic.

Criterii de eligibilitate:

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

b) bolnavi cu transplant hepatic infectaţi cu VHB.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi trataţi pentru stare posttransplant: 3.278;

b) număr de bolnavi cu transplant hepatic trataţi pentru recidiva hepatitei cronice: 220;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant/an: 20.914 lei;

b) cost mediu/bolnav cu transplant hepatic tratat pentru recidiva hepatitei cronice: 22.700 lei.

Natura cheltuielilor programului:

a) cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului stării posttransplant;

b) cheltuieli pentru medicamente specifice (imunoglobulină antihepatitică B) tratamentului recidivei hepatitei cronice la pacienţii cu transplant hepatic.

Unităţi care derulează programul:

1. Tratamentul în ambulatoriu al stării posttransplant pentru pacienţii transplantaţi:

- farmacii cu circuit deschis, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

2. Tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienţii cu transplant hepatic:

- Institutul Clinic Fundeni;

- Spitalul Clinic "Sfânta Maria" - Bucureşti.

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

Activităţi:

- asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor.

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu insuficienţă renală cronică în stadiul uremic, care necesită tratament substitutiv renal (FG < 15 mL/min/1,73 mp).

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

a) bolnavi la care ţintele de eficienţă a dializei (eKt/V >/= 1,4 sau fosfatemie < 5,5 mg/dl) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;

b) bolnavi tineri cu şanse mari de supravieţuire prin dializă, dar cu şanse mici de transplant renal;

c) bolnavi cu polineuropatie "uremică" în ciuda tratamentului eficient prin hemodializă convenţională;

d) bolnavi cu comorbidităţi cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

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

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

b) copii preşcolari la care hemodializa şi dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic şi cu multiple posibile accidente şi complicaţii;

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

d) bolnavi dializaţi care pot şi vor să urmeze studiile şcolare şi universitare;

e) bolnavi dializaţi care pot şi vor să presteze activitate profesională;

f) bolnavi cu dizabilităţi care nu îşi pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie şi la care familia sau asistenţa la domiciliu poate efectua conectarea şi deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

Criterii de întrerupere a tratamentului prin dializă:

- bolnavul este transplantat;
- bolnavul refuză continuarea tratamentului.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) numărul total de bolnavi trataţi prin dializă: 11.824, din care:

- hemodializă convenţională: 10.428;
- hemodiafiltrare intermitentă on-line: 591;
- dializă peritoneală continuă: 764;
- dializă peritoneală automată: 41;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost/şedinţă de hemodializă convenţională: 496 lei;

b) cost/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line: 563 lei;

c) cost mediu/bolnav tratat prin dializă peritoneală continuă/lună: 4.445 lei;

d) cost mediu/bolnav tratat prin dializă peritoneală automată/lună: 5.556,25 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru servicii de supleere renală, inclusiv medicamente specifice [agenţi stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracţionate sau nefracţionate, chelatori ai fosfaţilor (sevelamerum), agonişti ai receptorilor vitaminei D (alfacalcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], materiale sanitare specifice, investigaţii de laborator, precum şi transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor.

Unităţi care derulează programul:

a) unităţile sanitare publice cu structuri de profil;

b) unităţi sanitare private autorizate de Ministerul Sănătăţii şi evaluate în condiţiile legii;

c) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie care au structuri de profil.

Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice

Activităţi:

- asigurarea în spital a materialelor sanitare specifice epurării extrahepatice.

Criterii de eligibilitate:

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de pacienţi trataţi prin epurare extrahepatică: 34;

2) indicatori de eficienţă:

- cost mediu/bolnav tratat prin epurare extrahepatică/an: 20.418 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru materiale sanitare specifice epurării extrahepatice.

Unităţi care derulează programul:

a) Institutul Clinic Fundeni;

b) Institutul Naţional de Boli Infecţioase "Prof. Dr. Matei Balş";

c) Spitalul Clinic C.I. Parhon Iaşi;

d) Spitalul Clinic de Copii Cluj-Napoca - Clinica Pediatrie II - Nefrologie.

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

Structura:

Subprogramul de radiologie intervenţională

Activităţi:

a) terapia afecţiunilor cerebrovasculare prin tehnici endovasculare:

- stentare carotidiană, embolizarea cerebrală cu spirale, embolizarea cerebrală cu stent şi spirale, embolizarea cerebrală cu soluţie tip glue, embolizarea cerebrală cu particule, terapia endovasculară în AVC ischemic acut, în malformaţiile vasculare cerebrale şi tumori cerebrale profunde;

b) tratamentul malformaţiilor vasculare cerebrale şi tumorilor cerebrale profunde prin Gamma-Knife;

c) implantarea dispozitivelor de stimulare profundă la pacienţii cu maladie Parkinson;

d) pompe implantabile (intratecal subdural lombar);

e) terapia afecţiunilor vasculare periferice (angioplastia renală, angioplastia periferică cu balon, angioplastia periferică cu stent, tratamentul anevrismelor de aortă cu stent/graft, montare filtru vena cava);

f) terapia unor afecţiuni ale coloanei vertebrale (disectomia mecanică, disectomia termică, nucleoplastie cu substanţe lichide tip alcool, vertebroplastie şi biopsie, infiltraţii discale paravertebrale);

g) terapia unor afecţiuni oncologice prin tehnici de embolizare (embolizare periferică cu particule, chemoembolizare hepatică cu particule, chemoembolizare hepatică cu particule încărcabile);

h) terapia hemoragiilor acute sau cronice posttraumatice sau asociate unor afecţiuni sau unor intervenţii terapeutice prin tehnici de radiologie intervenţională (embolizare periferică cu spirale, drenaje colecţii abdominale ghidate radiologic, drenaje biliare ghidate radiologic, TIPSS cu stent metalic, TIPSS cu sten-graft).

i) terapia prin stimulare cerebrală profundă a pacienţilor cu distonii musculare Criterii de eligibilitate pentru:

a) terapia afecţiunilor cerebrovasculare prin tehnici endovasculare:

- lipsa indicaţiei operatorii convenţionale;

b) tratamentul malformaţiilor vasculare cerebrale şi tumorilor cerebrale profunde prin Gamma-Knife:

- bolnavi cu malformaţii vasculare cerebrale şi tumori cerebrale profunde inabordabile chirurgical sau cu risc crescut de mortalitate sau morbiditate neurologică gravă postoperator;

c) maladie Parkinson:

- boală Parkinson în stadiu avansat, cu fluctuaţii motorii severe şi/sau dischinezie;

- boală Parkinson cu compensare inadecvată cu toate mijloacele farmacoterapiei (maximală şi corect administrată).

Nu pot beneficia de implantarea dispozitivelor de stimulare profundă bolnavii cu maladie Parkinson care au:

- durată scurtă a bolii (mai puţin de 3 ani);
- demenţă sau psihoză;
- răspuns insuficient la medicaţia dopaminergică;
- stare generală mediocră, boli concomitente importante;
- leziuni structurale la nivelul ganglionilor bazali sau atrofie cerebrală severă.

d) lipsa indicaţiei operatorii convenţionale;

e) afectare discală fără indicaţie chirurgicală convenţională (tasări, fracturi sau alte leziuni cu risc de distrucţie a corpilor vertebrali);

f) tumori cu indicaţie de devascularizare în vederea intervenţiei chirurgicale;

g) bolnavi cu hemoragii acute sau cronice la care intervenţia chirurgicală ar pune viaţa în pericol.

h) bolnavi cu distonii musculare generalizate sau focale neresponsive la terapia cu toxină botulinică

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de pacienţi cu afecţiuni cerebrovasculare trataţi: 494;

b) număr de tratamente Gamma-Knife: 350;

c) număr de stimulatoare cerebrale implantabile: 5;

d) număr de pompe implantabile: 21;

e) număr de pacienţi cu afecţiuni vasculare periferice trataţi: 810;

f) număr de pacienţi cu afecţiuni ale coloanei vertebrale trataţi: 271;

g) număr de pacienţi cu afecţiuni oncologice trataţi: 316;

h) număr de pacienţi cu hemoragii acute sau cronice trataţi: 320;

i) număr de pacienţi cu distonii musculare trataţi prin stimulare cerebrală profundă: 5

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/pacient cu afecţiuni cerebrovasculare tratat: 1.836 lei;

b) cost mediu/tratament Gamma-Knife: 4.750 lei;

c) cost mediu/stimulator cerebral: 82.741 lei;

d) cost mediu/pompă implantabilă: 2.926 lei;

e) cost mediu/pacient cu afecţiuni vasculare periferice tratat: 930 lei;

f) cost mediu/pacient cu afecţiuni ale coloanei vertebrale tratat: 2.950 lei;

g) cost mediu/pacient cu afecţiuni oncologice tratat: 1.900 lei;

h) cost mediu/pacient cu hemoragii acute sau cronice tratat: 1.360 lei.

i) cost mediu/pacient cu distonii musculare trataţi prin stimulare cerebrală profundă: 117.000 lei

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice;

- servicii prin tratament Gamma-Knife.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti [activităţile: a), b), c), d) f şi i)];

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti [activităţile: a), c), e), f), g) h şi i)];

c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti [activităţile: a), e), g) şi h)];

d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi [activităţile: e), g) şi h)];

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş [activităţile: a), d), e), f), g)];

f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova [activităţile: a), e), f), g) şi h)];

g) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi [activitatea a)];

h) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti [activitatea e)];

i) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara [activităţile: a), e)];

j) Clinica de Angiografie şi Terapie Endovasculară "Hemodinamic" Bucureşti [activităţile: a), e), f), g) şi h)];

k) Institutul Regional de Oncologie Iaşi [activitatea g)];

l) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava [activităţile a), e), g) şi h)];

m) Spital Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" [activităţile a), e), f), g) şi h)];

n) Institutul Clinic Fundeni [activităţile e), g) şi h)];

o) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş [activităţile a), e) şi g)];

p) Societate Comercială SANADOR - S.R.L. [activităţile a), g) şi h)];

r) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara (a, d, e, f şi g).

Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

Obiective:

a) tratamentul microchirurgical al pacienţilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos;

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

Activităţi:

a) selecţia pacienţilor pe baza datelor obţinute prin monitorizarea electroencefalografică de lungă durată;

b) examenul imagistic prin rezonanţă magnetică nativ şi cu substanţă de contrast, completat cu evaluarea stării psihice, comportamentale, ce apreciază capacitatea şi rezerva funcţională cerebrală;

c) realizarea procedurilor microchirurgicale neurochirurgicale: monitorizare intraoperatorie prin electrocorticografie, aplicare de electrozi subdurali pe suprafaţa cortexului sau în profunzimea parenchimului cerebral, rezecţia focarului epiteptogen, ghidarea rezecţiei chirurgicale prin intermediul neuronavigaţiei;

d) folosirea tehnicilor reconstructive în vederea reconstructio ad integrum a pacienţilor neurochirurgicali;

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

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi (copii şi adulţi cu vârsta cuprinsă între 8 şi 45 ani) diagnosticaţi cu epilepsie focală farmacorezistentă care acceptă riscurile intervenţiei neurochirurgicale pe baza consimţământului informat şi care nu prezintă boli asociate severe (insuficienţe de organ, neoplazii progresive) care cresc riscurile intervenţiei sau minimalizează beneficiile;

- bolnavi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos definită ca imposibilitatea stopării recurenţelor crizelor epileptice în pofida tratamentului

medicamentos instituit după două tentative terapeutice cu medicaţie antiepileptică, corect selectată şi dozată adecvat, într-o perioadă de 2 ani;

- bolnavi ce prezintă intoleranţă la tratamentul medicamentos anticonvulsivant (bolnavi polialergici).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de pacienţi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos trataţi prin proceduri microchirurgicale: 9;

b) număr de pacienţi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos trataţi prin implant de stimulator al nervului vag: 34;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin proceduri microchirurgicale: 41.000 lei;

b) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos cu implant de stimulator al nervului vag: 100.000 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

b) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti.

c) Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”

Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

Activităţi:

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

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani, diagnosticaţi cu hidrocefalie de orice natură (congenitală sau dobândită, comunicantă sau obstructivă), care urmează să fie supuşi intervenţiilor chirurgicale pentru drenaj definitiv sau temporar (drenaj extern), precum şi pentru revizia sistemelor de drenaj.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de copii cu hidrocefalie congenitală sau dobândită trataţi: 200;

2) indicatori de eficienţă:

- cost mediu/copil cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratat: 1.862 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:

- Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;

- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M.S. Curie" Bucureşti;

- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca - Secţia clinică neurochirurgie;

- Spitalul Clinic de Pediatrie Iaşi;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara - Secţia neurochirurgie;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş - Secţia neurochirurgie;
- Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa - Secţia neurochirurgie.
- Societatea Comercială SANADOR - S.R.L.

Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Activităţi:

- tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular.

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu sindrom postlaminectomie.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi trataţi prin implant neuromodular: 5;

2) indicatori de eficienţă:

- cost mediu/bolnav tratat prin implant neuromodular: 54.022 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:

- Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti.
- Spitalul Clinic de Urgenţă „Prof. Dr. N. Oblu” Iaşi

ANEXA nr. 1
la Normele tehnice

CONTRACT
pentru finanţarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naţionale de sănătate curative în anii 2015-2016

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

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

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie finanţarea programului/subprogramului din cadrul programelor naţionale de sănătate curative

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

pentru asigurarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute

. . . . . .
. . . . .
(se completează, după caz, în funcţie de program/subprogram)

necesare în terapia în spital/în spital şi ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016 şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2015 şi 2016, aprobate prin Ordinul

preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare norme tehnice.

III. Durata contractului

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 206/2015.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 4

Obligaţiile casei de asigurări de sănătate sunt:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, în situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat de acestea, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialelor sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale

cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

ART. 5

Obligaţiile unităţii sanitare sunt:

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

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

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

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

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

f) să achiziţioneze, în condiţiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ţinând cont de nevoile reale, consumurile realizate şi de stocurile cantitativ-valorice, în condiţiile legii, la nivelul preţului de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare;

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

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

i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind sumele utilizate pe

fiecare program/subprogram, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID, pentru bolnavii trataţi în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

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

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

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

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

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

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

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

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

r) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi să îl

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

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

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

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

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

u) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin

semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

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

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

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

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

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

z) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate informaţiile şi documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul Fondului.

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

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

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

ad) să asigure servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice şi altele asemenea pentru: pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, pacienţii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, în situaţia în care serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice şi altele asemenea sunt parte din serviciile cuprinse în Pachetul de servicii pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pachet prevăzut de Contractul cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ae) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, precum şi pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;

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

V. Valoarea contractului

ART. 6

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

2. Pentru anul 2015 valoarea contractului (se detaliază fiecare program/subprogram) este:

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

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre.

VI. Finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative

ART. 7

(1) Unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea indicatorii specifici programelor realizaţi în luna anterioară şi documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente şi/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, cererea justificativă, însoţită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă.

(2) Pentru serviciile Gamma Knife unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi trataţi, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu prin tratament Gamma Knife.

(3) Pentru serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi diagnosticaţi, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu de diagnosticare a leucemiilor acute, precum şi copii ale referatelor de solicitare a serviciilor de diagnostic şi a rezultatelor serviciului efectuat.

ART. 8

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

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

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

VII. Răspunderea contractuală

ART. 9

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

ART. 10

Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate şi analizează indicatorii prezentaţi.

ART. 11

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 5 lit. a) – q), s) – t), u), x) – z), ab) – af) atrage aplicarea unor sancţiuni de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

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

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

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

(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. v) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(3) Nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. v) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

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

(5) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie

contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional curativ.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative.

ART. 12

(1) Contractul se suspendă printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

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

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

sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

ART. 13

(1) Prezentul contract încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în nici un alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

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

VIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 14

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate,

organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

IX. Clauze speciale

ART. 15

Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2015.

ART. 16

Se pot încheia acte adiţionale la prezentul contract în situaţia în care se aprobă modificări în volumul şi în structura programului/subprogramului, pe parcursul derulării acestuia.

ART. 17

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

X. Forţa majoră

ART. 18

(1) Orice împuternicire independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării prezentului contract şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu se procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea la termen.

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

XI. Dispoziţii finale

ART. 19

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

ART. 20

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

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

Casa de Asigurări de Sănătate	Furnizor de servicii medicale
.....	.....
Preşedinte-director general,	Manager,
.....	.....
Director executiv Direcţia management şi economic,	Director financiar-contabil,
.....	.....
Director executiv Direcţia relaţii contractuale,	Director medical,
.....	.....
Medic-şef,	
.....	
Avizat juridic, contencios	
.....	

ANEXA nr. 2
la Normele tehnice

CONTRACT

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

I. Părţile contractante:

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

Societatea comercială farmaceutică ....., reprezentată prin .....

Farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... e-mail ....., şi punctul de lucru în comuna ....., str. ..... nr. .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1

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

III. Furnizarea medicamentelor şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative

ART. 2

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

contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016, precum şi a reglementărilor Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2015 şi 2016, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare norme tehnice.

ART. 3

Furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice se va desfăşura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societăţii comerciale:

1. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu Autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

2. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu Autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu Autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ..../....., farmacist ..... .

NOTĂ:

Se vor menţiona şi oficinele locale de distribuţie cu informaţiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 206/2015.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu, în condiţiile legii, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor şi materialelor sanitare raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, conform normelor tehnice, în limita fondurilor aprobate;

c) să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice, în situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat de acestea, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialelor sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;

(2) Casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), are obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, 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.

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista C, secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului

nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de decontare, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi denumiri comune internaţionale (DCI), cu prioritate la preţurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului şi înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele şi materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

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

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

e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în normele tehnice cu privire la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative;

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

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

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

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

j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative, precum şi la modul de utilizare a acestora, potrivit prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

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

l) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, în

zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina de web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

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

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

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

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

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

ş) să elibereze medicamentele şi materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, la nivelul preţului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi; în cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea

terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât preţul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul medicamentului prescris şi preţul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei;

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

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

u) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situaţia medicamentelor şi materialelor sanitare specifice eliberate, conform machetelor solicitate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligaţii pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

v) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă precum şi dacă nu au fost respectate condiţiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi la durata terapiei;

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

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

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

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic, respectiv farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor

într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;

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

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

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

ad) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru: titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ae) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele şi / sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al

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

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

VI. Modalităţi de plată

ART. 8

(1) Decontarea medicamentelor şi materialelor sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative eliberate se face pe baza următoarelor documente: factură/facturi, borderouri centralizatoare, prescripţii medicale şi prescripţii cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora. Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, precum şi codul numeric personal al asiguratului.

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

(3) Valoarea orientativă a contractului pentru eliberarea de medicamente şi materiale sanitare specifice în cadrul programelor naţionale de sănătate curative este de: ..... lei, din care:

Trimestrul I ..... lei,
Trimestrul II ..... lei,
Trimestrul III ..... lei,
Trimestrul IV ..... lei,

NOTĂ:
Se specifică pentru fiecare program/subprogram de sănătate.

ART. 9

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

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

ART. 10

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se aplică următoarele măsuri:

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – f), h), j) – w), ab) şi ad) - af) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris:

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

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

(3) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(4) Reţinerea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, şi se aplică la nivel de farmacie.

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

(6) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), casa de asigurări de sănătate ţine evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile prevederilor de la art. 10 se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

ART. 11

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

(2) Durata maximă de verificare a prescripţiilor medicale nu poate depăşi 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către furnizor la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

ART. 12

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

VII. Răspunderea contractuală

ART. 13

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

ART. 14

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

VIII. Clauză specială

ART. 15

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

IX. Rezilierea, încetarea şi suspendarea contractului

ART. 16

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

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

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

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

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

e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) la prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1); pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societăţii farmaceutice/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii farmaceutice se aplică măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/ oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

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

h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

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

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. x).

(2) Pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), h) şi j) – pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ţ), u), şi x) – se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre

farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător

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

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de medicamente şi materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice încetează în condiţiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 18

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

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

perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. z), în condiţiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare specifice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei şi dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

ART. 19

(1) Prevederile art. 17 şi 18 referitoare la situaţiile de încetare şi suspendare a contractului se aplică societăţii comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

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

ART. 20

(1) Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. b), c) şi alin. (2) lit. b) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) şi alin. (2) lit. c) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 21

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

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

XI. Modificarea contractului

ART. 22

(1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

ART. 23

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

ART. 24

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

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 25

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

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

.....

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

Casa de Asigurări de Sănătate Preşedinte - director general, ...	Furnizor de medicamente şi materiale sanitare Reprezentant legal .....
Director executiv Direcţia economică, ...	
Director executiv Direcţia relaţii contractuale, ...	

Medic-şef,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

ANEXA nr. 3
la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată:

- laboratorul individual ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., adresă de e-mail ....., fax ....., reprezentat prin medicul titular .....;
- laboratorul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă de e-mail ....., fax ....., reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă de e-mail ....., fax ....., reprezentată prin administratorul .....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă de e-mail ....., fax ....., reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap.

...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă de e-mail ....., fax ....., reprezentată prin .....;

Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv cele din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă de e-mail ....., fax ....., reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă de e-mail ....., fax ....., reprezentat prin .....;

denumit în continuare Furnizor

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice pentru programul/subprogramul naţional de sănătate curativ

. . . . . .

(se specifică fiecare program/subprogram)

conform Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016 şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2015 şi 2016, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în normele tehnice, respectiv:

a) .....;

b) ..... .

ART. 3

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

a) Medic sau biolog, chimist, biochimist

Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: .....

Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
c) .....
..... .

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 206/2015.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice, în condiţiile legii, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze Furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor tehnice, în limita valorii de contract;

c) să informeze Furnizorul cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor

noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil Furnizorul cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de specialitate sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor Normelor tehnice;

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

g) să recupereze de la Furnizor sumele reprezentând contravaloarea investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de acestea;

h) să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere.

i) să țină evidența distinctă pentru investigaţiile paraclinice acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea investigaţiilor paraclinice acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care

România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

(2) Casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), are obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, 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.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale paraclinice are următoarele obligaţii:

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

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

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

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

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

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

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

h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este cel utilizat în cadrul contractului de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

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

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

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

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

p) să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice pentru investigaţiile PET-CT medicului care a făcut recomandarea, direct sau prin intermediul asiguratului, precum și Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la solicitarea acesteia;

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

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

s) să efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiţia ca medicii, prevăzuți în normele tehnice, care au eliberat biletele de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală Furnizorul de servicii medicale paraclinice;

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

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

ţ) să utilizeze numai reactivi care au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul Furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

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

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

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

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

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

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

de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă pe zi, respectiv de 6 ore;

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

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

ac) să transmită lunar, odată cu raportarea, documentele necesare în vederea decontării prevăzute în normele tehnice;

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

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

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

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

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

ai) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin

semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

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

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

am) să organizeze evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă)

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

ao) să raporteze distinct în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, facturile pentru serviciile prevăzute la lit. an), însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la

servicii medicale, şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8

Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu este:

a) Programul naţional de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate:

- tarif/dozare hemoglobină glicozilată: 20 lei.

b) Subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT:

- tarif/investigaţie PET-CT: 4.000 lei, conform Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, cu modificările şi completările ulterioare.

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

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute normele tehnice.

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

Suma anuală contractată este ..... lei,

din care:

- suma aferentă trimestrului I ..... lei,
- suma aferentă trimestrului II ..... lei,
- suma aferentă trimestrului III ..... lei,
- suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

ART. 9

Decontarea serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative se face lunar, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii şi a documentelor justificative la casa de asigurări de sănătate şi acordarea vizei „bun de plată”, până la data de ..... . Factura şi documentele justificative se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de ……. Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

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

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

ART. 13

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile Furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) – g), j) –r), ş), ţ) - x) şi ah), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(4) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată.

(5) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face prin plata directă sau prin executare silită în situaţia în care Furnizorul nu mai este în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative.

ART. 15

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

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

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

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

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

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

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

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. a) - c) şi e) - n);

h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. z), pentru Furnizorul cu mai multe laboratoare, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care a încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

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

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

k) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art. 7 lit. y);

l) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. aa), ae) şi ak);

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancţiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) şi (2), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 14 alin. (3); pentru Furnizorul 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 a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul Furnizorului a sancţiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) în cursul unui an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura Furnizorului; dacă la nivelul furnizorului se aplică în cursul unui an sancţiunile prevăzute la art. 14 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul.

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

ART. 16

(1) Contractul încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

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

a) din motive imputabile Furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

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

ART. 17

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

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

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

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

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

ART. 18

(1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. b) şi c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 19

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate programelor naţionale de sănătate curative, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 21

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

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

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

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate finanţate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate	Furnizorde servicii medicale paraclinice
Preşedinte-director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv Direcţia economică, ...	
Director executiv Direcţia relaţii contractuale, ...	
Medic-şef, ...	
Vizat juridic, contencios	

ANEXA

Condiţii obligatorii şi suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu

Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1) cerere pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu;
2) codul unic de înregistrare (copie de pe certificatul de înmatriculare/înregistrare);
3) autorizaţia sanitară de funcţionare, eliberată de direcţia de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, sau certificatul constatator eliberat potrivit Legii nr. 359/2004 privind simplificarea formalităţilor la înregistrarea în registrul comerţului a persoanelor fizice, asociaţiilor familiale şi persoanelor juridice, înregistrarea fiscală a acestora, precum şi la autorizarea funcţionării persoanelor juridice, cu modificările şi completările ulterioare, după caz;
4) avizul eliberat de Ministerul Sănătăţii, cu avizul Comisiei de Nefrologie a Ministerului Sănătăţii, pentru unităţile sanitare private;
5) dovada de evaluare a furnizorului;
6) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale;
7) dovada contului deschis la Trezoreria Statului;
8) titlu valabil asupra spaţiului în care îşi desfăşoară activitatea centrul de dializă, pentru o perioadă cel puţin egală cu durata contractului;
9) acordul scris al pacienţilor existenţi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, conform modelului:

ADEZIUNEA PACIENTULUI

Subsemnatul (a), ..., pacient(ă) al (a) Centrului de Dializă ....., tratat(ă) prin:

- hemodializă convenţională;
- hemodiafiltrare intermitentă on-line);*
- dializă peritoneală continuă;
- dializă peritoneală automată),*

posesor (posesoare) al (a) C.I. seria ..... nr. ....., eliberată de ..... la data de ....., CNP ....., domiciliat(ă) în ....., dializat(ă) cronic din data de ....., solicit efectuarea şedinţelor de dializă în Centrul de Dializă ....., începând cu data de .....

Data *Semnătura pacientului*

....

Centrul de dializă de la care pleacă pacientul:

Am luat cunoştinţă

.....

Data .....

Semnătura medicului şef/coordonator

.....

Centrul de dializă la care pacientul solicită continuarea tratamentului:

De acord, începând cu data de .....

Data .....

Semnătura medicului şef/coordonator

.....

**) În această situaţie adeziunea va fi însoţită de referatul medical elaborat de medicul şef al centrului de dializă, din care să rezulte că sunt întrunite criteriile medicale aprobate* prin Ordinul preşedintelui *Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, cu menţionarea expresă a acestor criterii de includere. Referatul medical poate fi întocmit pentru maximum 7% din totalul bolnavilor trataţi în centru pe tipuri de dializă (hemodializă şi dializă peritoneală) şi incluşi în contract cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, cu încadrarea în numărul de bolnavi aprobat pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line, respectiv dializă peritoneală automată.*

Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1) documente din care să reiasă existenţa personalului în centru, respectiv medici, asistente şi personal auxiliar, cu respectarea normativului minimal de personal prevăzut de Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private:

1.1. documente privind încadrarea personalului potrivit Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private;

1.2. dovada că medicii angajaţi au specializare în Nefrologie;

1.3. dovada că asistenţii medicali angajaţi au pregătire de bază în Medicină internă, Chirurgie, Terapie intensivă sau Pediatrie şi specializare în hemodializă (hemodializă convenţională şi/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) şi dializă peritoneală (continuă şi/sau automată) şi au urmat un stagiu de cel puţin 6 săptămâni în centre de dializă autorizate (atestat semnat de medicul coordonator al centrului) şi, respectiv, dovada că au efectuat independent cel puţin 7 şedinţe de hemodiafiltrare intermitentă on-line şi au instruit cel puţin 5 bolnavi pentru dializă peritoneală automată;

1.4. dovada că personalul tehnic are pregătire de bază (în cazul în care activitatea de întreţinere a aparatului tehnic nu este externalizată): electronică,

electro-mecanică, automatică (medicală sau nu) şi atestat de specializare pentru tipul de aparate din folosinţa unităţii, conform specificaţiilor producătorului şi normativelor în vigoare;

1.5. dovada că personalul care prepară soluţia concentrată pentru hemodializă are atestat de specializare în operarea aparaturii din dotarea unităţii, numai în unităţile care prepară local soluţia concentrată de dializă;

2) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabile pe toată durata contractului, însoţite de dovada că primele de asigurare au fost plătite;

3) dovada existenţei următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de dializă:

3.1.contract(e) cu furnizori autorizaţi potrivit legii pentru distribuirea de medicamente şi materiale sanitare specifice hemodializei (hemodializă convenţională şi/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) şi dializei peritoneale (continuă şi/sau automată);

3.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizaţi potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură de dializă şi piese de schimb, precum şi aparatură aferentă;

3.3. contract(e) pentru întreţinerea aparaturii de dializă încheiat(e) cu organizaţii de întreţinere autorizate potrivit legii;

3.4. contract(e) cu laboratoare de analiză evaluate şi autorizate potrivit legii, pentru serviciile cerute conform Normelor de dializă, după caz;

3.5. contract(e) cu unităţi de tratare a deşeurilor autorizate potrivit legii, după caz;

3.6. contract(e) cu unităţi de catering autorizate potrivit legii, după caz;

3.7. contract(e) cu transportatori autorizaţi potrivit legii, pentru transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi prin hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la şi la domiciliul pacienţilor şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul pacienţilor. În situaţia în care transportul se realizează de către furnizor se vor prezenta documente care să ateste că acesta deţine în mod legal vehiculele folosite pentru transport autorizat şi că este autorizat şi evaluat pentru activitatea de transport sanitar nemedicalizat.

4) dovada din care să rezulte că partenerii contractuali ai furnizorului sunt autorizaţi potrivit legii. Contractele vor trebui să aibă o durată de valabilitate cel puţin egală cu durata contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate.

5) dovada că furnizorul are în dotare în întregime aparate de dializă noi, cu o dată de fabricaţie care să nu fie mai mare de 12 luni de la data intrării în vigoare a contractului (pentru furnizorii care nu au mai fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate). Pentru următoarele contracte încheiate de casele de asigurări de sănătate cu acelaşi furnizor şi pentru acelaşi centru acesta trebuie să facă dovada că aparatele de

dializă din dotare se află în cadrul duratei de funcţionare prevăzute de producător şi că respectă parametrii tehnici funcţionali prevăzuţi de acesta
6) dovada existenţei unui sistem informatic pentru evidenţa pacienţilor, a serviciilor furnizate şi a produselor;
7) Pentru contractarea serviciilor de hemodiafiltrare intermitentă on-line, furnizorii vor prezenta şi următoarele documente:

7.1 dovada deţinerii aparatului/aparatelor de dializă echipate pentru tratament prin hemodiafiltrare intermitentă on-line (seria aparatului/aparatelor) sau certificatul de conformitate emis de producător prin care se face dovada că aparatul de dializă este prevăzut cu dispozitiv pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line;

7.2 dovada deţinerii unui contract cu un laborator acreditat pentru analiza apei produse şi încadrarea în nivelele maxime admiseşi cu frecvenţa menţionată potrivit Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private;

8) Pentru contractarea serviciilor de dializă peritoneală automată, furnizorii vor prezenta şi următoarele documente:

8.1 dovada deţinerii aparatelor care pot efectua tratament prin dializă peritoneală automată;

8.2 procesul-verbal de predare-primire al aparatului încheiat cu bolnavul, precum şi consemnarea că bolnavul a fost instruit cu privire la modul de utilizare al acestui aparat.

Documentele vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în copii certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

ANEXA nr. 4
la Normele tehnice

CONTRACT
pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu pentru bolnavii incluşi în Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică

Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

Unitatea sanitară ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., având actul de înfiinţare/organizare nr. ....., Autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. ....., Dovada de evaluare nr. ....., Avizul eliberat de Ministerul Sănătăţii nr. ……., codul fiscal ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. .....

având în vedere:

- Titlul II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015-2016;
- Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015-2016;
- Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 698/2010 pentru aprobarea Normelor privind condiţiile şi modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă, autorizaţi şi evaluaţi în condiţiile legii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, cu modificările şi completările ulterioare;
- Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 256/2013 pentru aprobarea machetelor de raportare fără regim special a indicatorilor specifici şi a Metodologiei transmiterii rapoartelor aferente programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, cu modificările şi completările ulterioare;

Casa de asigurări de sănătate ……..şi Furnizorul au încheiat prezentul contract pentru furnizarea serviciilor în următorii termeni şi condiţii:

Contractul este format din:

Partea 1 - Volumul estimat de servicii;

Partea a 2-a - Prevederi operaţionale;

Anexa - Condiţii obligatorii şi suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu.

Fiecare parte şi anexa la contract sunt parte integrantă a prezentului contract.

PARTEA 1

Volumul estimat de servicii

I. Bolnavi beneficiari ai "Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică" contractaţi

Tabelul de mai jos prezintă volumul estimat de servicii corespunzător perioadei contractate (astfel cum este definit în partea a 2-a a prezentului contract).

Serviciul	Volumul contractat estimat	Valoarea contractată estimată - lei -
Nr. bolnavi pentru hemodializă convenţională		
Nr. şedinţe de hemodializă convenţională pentru bolnavi constanţi		
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line		
Nr. şedinţe de hemodiafiltrare intermitentă on-line pentru bolnavi constanţi		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată		

Valoarea totală a contractului de la data intrării în vigoare şi până la data de 31.12.2015 este de ..... lei, calculată la tarifele prevăzute la clauzele 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 şi 6.1.4, respectiv tarifele prevăzute în Ordinul nr. 185/ 2015 pentru aprobarea Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, denumite în continuare norme tehnice.

II. Modificări ale volumului estimat

A. Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru bolnavii asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

B. Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asiguraţi în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiţia plafonului de plăţi, conform clauzei 6.4.

C1. În cazul în care pe durata executării contractului există situaţia în care un bolnav constant a întrerupt tratamentul (transplant renal, deces sau alte cauze de ieşire din program) şi se vacantează un loc în centrul de dializă, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre această situaţie la sfârşitul fiecărei perioade de raportare.

C2. În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primeşte noi adeziuni de la bolnavii nou-incluşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre aceste solicitări, va preciza că este un bolnav nou-introdus pe un post vacantat prin ieşirea din Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieşire din program) sau că este un bolnav nou-introdus pe un loc liber creat prin transferul definitiv al unui bolnav constant într-un alt centru care are un loc vacantat, îl va raporta ca bolnav nou-tratat în centru, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat pe tipuri de dializă şi în valoarea de contract şi va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să onoreze această cerere.

Pentru bolnavii nou-introduşi care nu au putut fi incluşi pe un post liber sau vacantat în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, casa de asigurări de sănătate va transmite Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate spre analiză, trimestrial aceste situaţii, putând încheia în acest sens acte adiţionale, cu încadrarea în numărul total de bolnavi cuprinşi în acest program şi a fondurilor aprobate cu această destinaţie prin buget, în anul în curs.

C3. În cazul în care un pacient constant al unui centru de dializă îşi exprimă adeziunea de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza numai în limita numărului de bolnavi contractat pe terapia respectivă de centrul în care se transferă bolnavul şi a valorii de contract pe acel tip de dializă.

C4. În situaţii justificate (un centru de dializă nu mai îndeplineşte condiţiile pentru furnizare de servicii de dializă în sistemul de asigurări sociale de sănătate, schimbarea de domiciliu a unui bolnav inclus în program etc.), părţile pot conveni să majoreze serviciile furnizate în baza acestui contract prin încheierea unui act adiţional, cu încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică şi a fondurilor aprobate cu această destinaţie prin buget, în anul în curs. Furnizorul este obligat să notifice casa de asigurări de sănătate despre aceste situaţii justificate. Actul adiţional pentru aceste situaţii se încheie în urma analizei de la nivelul casei de asigurări de sănătate privind încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică şi a fondurilor aprobate cu această destinaţie.

C5. Furnizorul va raporta bolnavii nou-incluşi, iar casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile numai după încheierea actului adiţional prevăzut la pct. C4.

D. Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situaţie în care casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de asigurări de sănătate va plăti Furnizorului tariful contractual, stabilit potrivit clauzelor 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 şi 6.1.4, pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut în clauza 6.4 partea a 2-a, dar nu îşi asumă nicio obligaţie de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat.

PARTEA a 2-a
Prevederi operaţionale

1. Definiţii

1.1. În scopul interpretării prezentului contract:

Caz de forţă majoră înseamnă orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil şi inevitabil.

Data intrării în vigoare este data la care prezentul contract intră în vigoare, prevăzută în clauza 3.

Data încetării are înţelesul prevăzut în clauza 2.

Data semnării este data la care prezentul contract este semnat de ambele părţi.

Furnizorul înseamnă prestatorul de servicii definit potrivit prezentului contract, respectiv: unităţi sanitare publice şi private.

Legile includ toate actele normative ale Parlamentului României, acte ale Guvernului României, precum şi toate reglementările şi hotărârile Guvernului mai jos menţionate şi reglementările cu caracter juridic ale autorităţilor publice, municipale şi ale altor autorităţi competente, care afectează în orice mod sau sunt aplicabile serviciilor, astfel cum acestea ar putea fi modificate, completate, înlocuite şi/sau republicate din când în când.

Materiale înseamnă toate materialele şi documentaţia furnizată de către Furnizor pentru îndeplinirea serviciilor.

Norme tehnice înseamnă Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.185 / 2015.

Norme de dializă înseamnă regulamentul de organizare şi funcţionare al unităţilor de dializă, cu anexele aferente, precum şi Ghidul de bună practică, astfel cum acestea sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

Servicii înseamnă pachetul complet de servicii de dializă, incluse în pachetul de bază, cuprins în normele de dializă, care include servicii de hemodializă: hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line şi servicii de dializă peritoneală continuă sau automată, precum şi furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice, ce urmează a fi efectuate de către Furnizor în regim ambulatoriu pentru bolnavii asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializaţi prin hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la şi la domiciliul acestora şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. Serviciile de dializă cuprind:

a) serviciul de hemodializă convenţională şi hemodiafiltrarea intermitentă on-line: medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii de laborator, toate cheltuielile necesare realizării serviciului medical de hemodializă şi transportului nemedicalizat al bolnavilor de la domiciliul lor la unitatea sanitară şi retur, excepţie făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani şi persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar, în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 -2015 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 cu modificările si completările ulterioare.

;

b) serviciul de dializă peritoneală continuă şi automată: medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii de laborator şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

Tariful contractual înseamnă tariful plătibil de către casa de asigurări de sanatate Furnizorului pentru serviciile furnizate, conform clauzei 6.

Volumul estimat înseamnă volumul estimat al serviciilor ce urmează să fie furnizate de către Furnizor în condiţiile prezentului contract.

Zi lucrătoare înseamnă o zi (dar nu sâmbăta sau duminica, în condiţiile în care prin acte normative nu se stabileşte altfel) în care băncile sunt deschise în mod normal pentru activitatea bancară în România.

1.2. Titlurile articolelor din prezentul contract au doar scopul de a înlesni citirea şi nu vor afecta interpretarea acestuia.

1.3. În cazul unor neconcordanţe în ceea ce priveşte termenii folosiţi în prezentul contract, acestea vor fi soluţionate ţinându-se cont de următoarea ordine:

a) prezentele clauze, incluse în această parte a 2-a;

b) toate celelalte părţi, în ordinea numerotării.

2. Durata contractului

2.1. Sub rezerva clauzei 3, obligaţiile Furnizorului în baza prezentului contract se vor naşte la data intrării în vigoare.

2.2. Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 31.12.2016 şi poate fi prelungită prin acte adiţionale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condiţiile respectării dispoziţiilor legale în vigoare.

2.3. Pentru anul ....., sumele vor fi angajate în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat.

3. Condiţii suspensive

3.1. Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă şi conţinut acceptabile, a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive prevăzute în anexă. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părţile nu convin altfel.

3.2. Nedepunerea tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive prevăzute în anexă, în termenul prevăzut la clauza 3.1, atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

4. Locaţia serviciilor

4.1. Furnizorului i se solicită să furnizeze servicii în Centrul de dializă ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., judeţul ..... .

5. Obligaţiile părţilor

5.1. Furnizorul are următoarele obligaţii:

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

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

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

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

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

Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință / adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

g) să angajeze personalul de specialitate proporţional cu cerinţele minimale de personal prevăzute în normele de dializă şi să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;
h) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislaţiei în vigoare;
i) să ofere informaţii asiguraţilor despre serviciile acordate, precum şi despre modul în care vor fi furnizate acestea şi să acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor şi al păstrării sănătăţii;
j) să respecte confidenţialitatea prestaţiei medicale;
k) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;
l) să stabilească şi să respecte programul de activitate, să îl afişeze la loc vizibil şi să stabilească programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
m) să anunţe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condiţiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de dializă, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului, precum şi modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;
n) să informeze pacienţii cu privire la serviciile de dializă şi la obligaţiile lor în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum şi la obligaţiile pacienţilor referitoare la actul medical;
o) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică şi faptică a modului de îndeplinire a obligaţiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele şi materialele sanitare specifice achiziţionate şi utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;
p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; se raportează în vederea decontării bolnavii şi serviciile de dializă aferente acestora, cu excepţia serviciilor de iniţiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică
q) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi ale legislaţiei subsecvente în acest domeniu;
r) să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în anexa la prezentul contract şi să facă dovada schiţei tehnice a centrului de dializă (descrierea centrului);
s) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru programul naţional de sănătate pe care îl derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestuia.
ş) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;
t) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;
ţ) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

u) să asigure prezenţa personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, cu modificările şi completările ulterioare;
v) să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;
w) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deţinerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de dializă contractate cu casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice etc.;
x) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naţionale de sănătate curative;
y) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
z) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
aa) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
ab) să organizeze evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;
ac) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru serviciile de dializă şi pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul programului;
ad) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original şi în format electronic, în formatul solicitat de casa Naţională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidenţialităţii datelor, declaraţia de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;
ae) să anunţe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienţi noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;
ag) să asigure transportul nemedical al pacienţilor pentru hemodializă: hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum şi de transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice pentru pacienţii cu dializă peritoneală continuă sau automată, prevăzuţi în contract şi să răspundă de calitatea transporturilor;
ah) să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;
ai) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau

protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.
aj) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ai) însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare;
ak) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

5.2. Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligaţia de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

5.3. casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de dializă autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;
b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate de casa de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;
c) să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau alei Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizoriului, conform prevederilor normelor tehnice;
f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de dializă în situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat de acestea;
h) să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor, pentru a căror corectitudine furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere;
i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;
j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;
k) să monitorizeze activitatea şi calitatea serviciilor efectuate de Furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calităţii şi evidenţele Furnizorului;
l) să urmărească derularea prezentului contract şi modul de îndeplinire a obligaţiilor asumate de Furnizor;
m) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial, să reevalueaze volumul serviciilor, ţinându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporţional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;
n) să publice pe site-ul propriu, la termenul de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală

5.4. Sancţiuni

5.4.1 În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligaţiilor prevăzute la clauza 5.1. lit. c), d), g), h), j), l), p), r) şi ad) - se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:
a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;
c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

5.4.2 Nerespectarea obligaţiei prevăzute la clauza 5.1 lit. h), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcţie de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

5.4.3 Nerespectarea obligaţiei prevăzute la clauza 5.1 lit. ş) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

5.4.4 Nerespectarea obligaţiei prevăzute la clauza 5.1 lit. ş) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la clauza 5.4.3 pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

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

5.4.6 Nerespectarea obligaţiei prevăzute la clauza 5.1 lit. af) atrage reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv.

5.4.7 În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile Furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:
a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de dializă, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

5.4.8 În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligaţiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. i), k), n), q) şi v) - aa), se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare, avertisment scris;
b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

5.4.9 În cazul în care, în urma controlului efectuat, se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

5.5 Reţinerea sumelor potrivit prevederilor clauzelor 5.4.1-5.4.9 se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru Furnizorul care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru finanţarea Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică.

5.6 Recuperarea sumelor potrivit prevederilor prevederilor clauzelor 5.4.1-5.4.9 se face prin plata directă sau prin executare silită în cazul Furnizorului care nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

5.7 Pentru situaţiile prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 casa de asigurări de sănătate ţine evidenţa distinct pe fiecare furnizor şi va informa CNAS despre aceste situaţii.

5.8 Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condiţiile prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

5.9 Casa de asigurări de sănătate, prin casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute prevăzute la clauzele 5.4.1-5.4.9 în cazul unităţilor sanitare cu paturi..

6. Plata

6.1. Plata serviciilor

6.1.1. Pentru bolnavii constanţi care sunt supuşi tratamentului de hemodializă convenţională, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/şedinţă de hemodializă convenţională prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS, în funcţie de numărul de şedinţe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenţionale) şi în limita maximului de şedinţe stabilit prin ordin al preşedintelui CNAS.

6.1.2. Pentru bolnavii constanţi care sunt supuşi tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS, în funcţie de numărul de şedinţe de hemodializă efectuate (tariful hemodiafiltrării intermitente on-line) şi în limita maximului de şedinţe stabilit prin ordin al preşedintelui CNAS. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată (maximum 7% din totalul bolnavilor hemodializaţi şi cu încadrarea în numărul de bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, următoarelor categorii de bolnavi:

a) bolnavi la care ţintele de eficienţă a dializei (eKt/V >/= 1,4 sau fosfatemie < 5,5 mg/dl) nu pot fi atinse 3 luni consecutive;

b) bolnavi tineri cu şanse mari de supravieţuire prin dializă, dar cu şanse mici de transplant renal;

c) bolnavi cu polineuropatie "uremică", în pofida tratamentului eficient prin hemodializă convenţională;

d) bolnavi cu comorbidităţi cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

6.1.3. Pentru bolnavii constanţi care sunt supuşi tratamentului de dializă peritoneală continuă, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcţie de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală şi tariful/bolnav cu dializă peritoneală continuă prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS (tariful dializei peritoneale continue), în limita valorii de contract.

6.1.4. Pentru bolnavii constanţi care sunt supuşi tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcţie de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală şi tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată (maximum 7% din totalul bolnavilor dializaţi peritoneal şi cu încadrarea în numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată prevăzut în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea

Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, următoarelor categorii de bolnavi dializaţi peritoneal:
a) bolnavi la care ţintele de eficienţă a dializei peritoneale continue ambulatorii (Kt/Vuree < 1,7; clearance creatinină 60 l/săptămână sau ultrafiltrat < 1.000 ml/24 de ore ori absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu pot fi atinse 3 luni consecutive;
b) copii preşcolari la care hemodializa şi dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic şi cu multiple posibile accidente şi complicaţii;
c) bolnavi cu hernii sau eventraţii abdominale care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din DPCA;
d) bolnavi dializaţi care pot şi vor să urmeze studiile şcolare şi universitare;
e) bolnavi dializaţi care pot şi vor să presteze activitate profesională;
f) bolnavi cu dizabilităţi care nu îşi pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie şi la care familia sau asistenţa la domiciliu poate efectua conectarea şi deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

6.1.5. Furnizorul ia cunoştinţă şi consimte că fiecare tarif acoperă toate costurile suportate de Furnizor în legătură cu prestarea serviciilor, incluzând, dar fără a se limita la echipament, personal, consumabile medicale, produse farmaceutice (inclusiv EPO atunci când este prescris medical), întreţinere, utilităţi şi orice transport necesar pentru personalul medical şi/sau echipament de la/la domiciliul bolnavilor dializaţi peritoneal (continuu sau automat), respectiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializaţi (hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) de la/la domiciliul asiguratului, şi nicio altă plată suplimentară nu va fi făcută de către casa de asigurări de sănătate.

6.1.6. Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor constanţi, asiguraţi în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi cuprinşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică. Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente [agenţi stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracţionate sau nefracţionate, chelatori ai fosfaţilor (sevelamer), agonişti ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigaţii de laborator, materiale sanitare specifice, precum şi transportul dializaţilor de la domiciliul acestora până la centrul de dializă şi retur, cu excepţia cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani şi al persoanelor cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar, în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ..... . Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenţi stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracţionate sau nefracţionate, chelatori ai fosfaţilor (sevelamer), agonişti ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigaţiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum şi transportului lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

6.1.7. Fondurile contractate pe tip de terapie (hemodializă şi dializă peritoneală) nu se pot utiliza pentru alt tip de terapie şi se vor deconta numai în limita fondurilor contractate pe tip de terapie (hemodializă şi dializă peritoneală).

6.1.7.1. La regularizarea anuală, în condiţiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, pentru bolnavii constanţi ai centrului, cu încadrarea în valoarea totală de contract.

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

a) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convenţională) este < 20%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS;

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convenţională) este 20% - 24,9%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS;

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convenţională) este >/= 25%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS.

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

6.1.10. Includerea bolnavilor noi în program se realizează numai cu respectarea unui procent minim de dializă peritoneală convenţională de 20% din numărul bolnavilor nou-incluşi în program, cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut şi a bugetului aprobat pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică.

6.2. Modalităţile de plată

6.2.1. Furnizorul va depune la casa de asigurări de sănătate declaraţia de servicii lunare, în formatul prevăzut prin ordin al preşedintelui CNAS, care va include tipul şi volumul serviciilor furnizate bolnavilor asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, numărul bolnavilor dializaţi pe tipuri de dializă şi suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Această sumă va fi în funcţie de: (i) numărul şedinţelor de hemodializă convenţională înmulţite cu tariful hemodializei convenţionale; (ii) numărul şedinţelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulţite cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line; (iii) numărul bolnavilor supuşi dializei peritoneale continue trataţi multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale continue; şi (iv) numărul bolnavilor supuşi dializei peritoneale automate trataţi multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale automate, cu următoarele excepţii:

6.2.1.1. bolnavul tratat prin ambele proceduri (hemodializă şi dializă peritoneală), la care numărul de zile în care s-au efectuat şedinţe de hemodializă (plătite la tarif/şedinţă) se scade

din numărul de zile din lună cu dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

6.2.1.2. bolnavul care începe tratamentul de dializă peritoneală în altă zi decât data de întâi a lunii, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif pe bolnav pe zi şi se calculează astfel: tariful dializei peritoneale împărţit la 365 de zile x numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

6.2.1.3. bolnavul cu dializă peritoneală continuă sau automată care decedează în decursul lunii de tratament, pentru care calculul se face pentru numărul de zile în care a efectuat dializă peritoneală;

6.2.1.4. bolnavul cu hemodializă care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/şedinţă aferent tipului de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul lunar de şedinţe de hemodializă;

6.2.1.5. bolnavul cu dializă peritoneală care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/bolnav/zi aferent tipului de dializă peritoneală efectuat, cu încadrarea în valoarea de contract pe tipul de terapie.

6.2.2. Furnizorul are obligaţia ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declaraţia de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observaţiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original şi după validarea declaraţiei de servicii lunare. Furnizorul va emite o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile de la data primirii facturii şi acordării vizei de „bun de plată”, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicaţiilor de pe factura emisă de acesta.

6.2.2.1. Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la clauza 6.2.2 exonerează casa de asigurări de sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

6.2.2.2. Nerespectarea de către Furnizor a termenului menţionat la clauza 6.2.2, precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depăşit termenul.

6.3. Finanţare

6.3.1. Plăţile de la casa de asigurări de sănătate pentru serviciile furnizate conform prezentului contract sunt sub condiţia aprobării bugetului anual al CNAS.

6.3.2. Sumele se angajează anual, în limita sumelor aprobate prin legea bugetului de stat.

6.3.3. În cazul în care: a) bugetul anual al CNAS / casa de asigurări de sănătate nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic; sau b) CNAS stabileşte că este o alocaţie bugetară insuficientă în bugetul său anual pentru a finanţa serviciile, conform prezentului contract, orice parte poate înceta prezentul contract în conformitate cu clauza 7.2 lit. c) sau părţile pot conveni un volum mai mic de servicii.

6.4. Plafonul aplicabil plăţilor făcute de către casa de asigurări de sănătate

6.4.1. Plata totală ce poate fi făcută de către casa de asigurări de sănătate este de ..... lei, calculată ca suma dintre volumul estimat total al şedinţelor de hemodializă convenţională înmulţit cu tariful hemodializei convenţionale, volumul estimat total al şedinţelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulţit cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line, volumul estimat total al bolnavilor dializaţi peritoneal continuu înmulţit cu tariful dializei peritoneale continue, şi volumul estimat total al bolnavilor dializaţi peritoneal automat

înmulţit cu tariful dializei peritoneale automate. Tarifele sunt prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS.

6.4.2. Plata totală maximă efectuată de către casa de asigurări de sănătate poate creşte în cazul în care părţile convin să majoreze volumul estimat, astfel cum este prevăzut în partea 1.

6.4.3. În situaţia în care cererea de servicii este mai mică decât volumul estimat, casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat.

7. Încetarea contractului

7.1 Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

7.2 Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

7.3 Continuitatea serviciilor

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

8. Suspendarea şi rezilierea

8.1 Contractul de furnizare de servicii de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situaţii:

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

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

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

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

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti;
f) nerespectarea obligaţiei prevăzute la clauza 5.1 lit. ţ), în condiţiile în care furnizorul de servicii de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei şi dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

8.2 În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea ei şi înfiinţarea concomitentă a unei noi unităţi ssanitare cu paturi distinctă, cu personalitate juridică, contractul pentru finanţarea Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică,încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi aflat în derular, se preia de drept noua unitate sanitară înfiinţată, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noii structuri

8.3 Contractul de furnizare de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă furnizorul de servicii de dializă nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de dializă;
b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar sau expirarea dovezii de evaluare;
c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;
d) în cazul în care se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
e) refuzul furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/CNAS actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului naţional de sănătate;
f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/CNAS documentele menţionate la clauza 5.1 lit. o);
g) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. a), b), h), p) şi ţ).
h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la clauza 5.1 lit. ţ), după expirarea termenului prevăzut la clauza 8.1 lit. f);
i) o dată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancţiunii prevăzute la clauza 5.4.1.

9. Cesiunea sau subcontractarea

9.1. Furnizorul nu are dreptul să cesioneze, în tot sau în parte, drepturile sale în baza prezentului contract ori să transfere, în tot sau în parte, obligaţiile sale în baza prezentului contract ori să contracteze în întregime sau orice parte a lucrărilor ori sarcinilor legate de

prestarea serviciilor, fără acordul scris prealabil al casa de asigurări de sănătate, cu excepţia contractelor menţionate în anexă.

9.2. Sub rezerva acordului scris prealabil al casa de asigurări de sănătate, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condiţiile asumate de către Furnizor.

9.3. Furnizorul va fi ţinut răspunzător în continuare faţă de casa de asigurări de sănătate, în mod solidar cu cesionarul, pentru îndeplinirea obligaţiilor de către acesta, cu drept de regres împotriva cesionarului.

10. Modificarea contractului

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

10.2 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

10.3 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

11. Legea aplicabilă

18.1. Prezentul contract este guvernat şi va fi interpretat în conformitate cu legile şi reglementările din România.

12. Soluţionarea litigiilor

12.1 Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

12.2 Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform clauzei 12.1 se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

13. Dispoziţii finale

13.1. În cadrul Furnizorului, pot fi acceptaţi la tratament şi bolnavi trataţi temporar, pe baza mecanismului stabilit potrivit normelor legale în vigoare, prin incheierea de acte adiţionale, la prezentul contract.

13.2. La regularizarea trimestrială, prevăzută la clauza 6.1.8, sau, după caz, prin acte adiţionale la contractele încheiate între CAS şi furnizori, se poate realiza şi plata pentru bolnavii transferaţi temporar şi pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883, pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, în perioada de valabilitate a acestuia, cu încadrarea în bugetul alocat programului.

13.3. Anual, se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate şi validate de casa de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanţi ai centrului, în limita a 152 de şedinţe/an.

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Casa de asigurări de sănătate	Furnizor de servicii de dializă
Preşedinte-director general, ...	Reprezentant legal, ...
Director executiv Direcţia economică, ...	
Director executiv Direcţia relaţii contractuale, ...	
Medic-şef, ...	
Vizat juridic, contencios	

ANEXA nr. 5
la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

Unitatea sanitară ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., având actul de înfiinţare/organizare nr. ....., Autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. ....., Dovada de evaluare nr. ....., Autorizaţia emisă de CNCAN nr ……., codul fiscal ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. ..... .

SC ……. cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., având actul de înfiinţare/organizare nr. ....., Autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. ....., Dovada de evaluare nr. ....., Autorizaţia emisă de CNCAN nr ……., codul fiscal ..... şi contul nr. ……. deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. ..... .
denumit în continuare Furnizor

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de radioterapie pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie, conform Hotărârii

Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016 şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2015 şi 2016, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

(1) Furnizorul de servicii de radioterapie prestează asiguraţilor serviciile de radioterapie cuprinse în normele tehnice, respectiv:

a) .....;
b) ..... ;
c) ……...;
d) ……..;
e) ……..;
f) ……....

(2) Serviciile de radioterapie includ: stabilirea indicaţiei terapeutice, respectiv a tehnicii de iradiere, efectuarea planului de tratament radiologic, achiziţia de date anatomice pentru planul de tratament radiologic – simulator conventional, CT-Sim, fuziune cu RMN, PET-CT, iradierea efectivă, controale intraterapeutice, în scopul aprecierii ritmului regresiunii tumorale şi a gestionării efectelor secundare acute ale tratamentului, controale postterapeutice.

ART. 3

Furnizarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice se face de către următorii medici, fizicieni medicali, fizicieni experţi……..:

a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: ……..
Program zilnic de activitate .....
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: ……..
Program zilnic de activitate .....
c) Fizician medical
Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: ……..
Program zilnic de activitate .....
d) Fizician expert
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: ……..
Program zilnic de activitate .....
e) ……
f) …….

IV. Durata contractului

ART. 4

Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă şi conţinut acceptabile, a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive prevăzute la punctul II din anexa A la prezentul contract. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părţile nu convin altfel.

(2) Nedepunerea de către Furnizor a tuturor documentelor obligatorii prevăzute la punctul I din anexa A, respectiv a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive, în termenul prevăzut la alin. (1), atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

(3) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 206/2015.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu Furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în

funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

c) să informeze Furnizorul cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice**,** suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil Furnizorul cu privire la derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de derulare a acestuia, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

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

g) să recupereze de la Furnizor sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de radioterapie, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de acestea;

h) să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere.

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de radioterapie acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai

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

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

(2) Casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), au obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, 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

B. Obligaţiile Furnizorului de servicii de radioterapie

ART. 7

Furnizorul de servicii de radioterapie are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze serviciile de radioterapie cu repectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfăşurarea în siguranţă, reglementarea autorizarea şi controlul activităţilor nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr.94/2004, cu modificările şi completările ulterioare și Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și familiei și președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificările și completările ulterioare, precum şi să utilizeze numai aparatură şi echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

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

c) să furnizeze serviciile beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

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

Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

g) să angajeze personalul de specialitate potrivit cerinţelor specifice de securitate radiologică în radioterapia medicală umană prevăzute în Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare, Normele privind expertul în fizică medicală aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr.

1272/266/2006, precum şi să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

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

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

j) să respecte confidenţialitatea prestaţiei medicale;

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

l) să stabilească şi să respecte programul de activitate, să îl afişeze la loc vizibil; să stabilească programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanţă cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare;

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

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

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

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

q) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi ale legislaţiei subsecvente în acest domeniu;

r) să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în anexa A;

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

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

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

ţ) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
u) să asigure prezenţa unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical și a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă întreagă pe zi, programul unităţii de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie şi de fizicianul medical care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;
v) să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001 precum şi cele stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare;
w) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice etc.;
x) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naţionale de sănătate curative;
y) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
z) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
aa) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
ab) să organizeze evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de radioterapie în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii de radioterapie efectuate (inclusiv doza totală administrată);
ac) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru servicii de radioterapie și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul subprogramului;

ad) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
ae) să nu raporteze în sistem DRG activităţile ce se decontează din bugetul aferent programelor naţionale de sănătate curative;
af) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.
ag) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. af) însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare;
ah) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidenţialităţii datelor, declaraţia de servicii lunară, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;
ai) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
aj) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8

(1) Modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif conform normele tehnice, respectiv:

- tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj: 29 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu cobaltoterapie: 144 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 lei
- tarif/serviciu de radioterapie IMRT: 640lei
- tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei

Nr. crt.	Serviciul de radioterapie	Tarif/serviciu de radioterapie (lei)	Numărul de servicii	Total lei
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Total	**X**	**X**	**X**	

Suma anuală contractată este ..... lei,
din care:
- Trimestrul I ..... lei,
- Trimestrul II ..... lei,
- Trimestrul III ..... lei,
- Trimestrul IV ..... lei,

ART. 9

(1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declaraţia de servicii lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul şi volumul serviciilor furnizate bolnavilor asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară celei pentru care se face raportarea, numărul bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie pe tipuri de radioterapie şi suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul şedinţelor de radioterapie pe tipuri de radioterapie înmulţit cu tariful tipului de radioterapie.

(2) Furnizorul are obligaţia ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declaraţia de servicii privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate şi factura pentru suma prevăzută în declaraţia de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate şi acordării vizei „bun de plată", casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului.

(3) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menţionat la alin. (2), precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depăşit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 10

(1) Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii de radioterapie va încheia o poliţă de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puţin 100.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al preşedintelui CNAS pentru furnizorii de servicii) către casa de asigurări de sănătate, pentru astfel de riscuri şi în astfel de termeni şi condiţii, cu un asigurător autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor.

Poliţa de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data încetării prezentului contract.

VIII. Clauze speciale

ART. 12

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

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

ART. 13

Efectuarea de servicii de radioterapie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 14

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah) şi ai) - se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

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

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

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

(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ş) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru

fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(3) Nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ş) atrage reţinerea unei sume calculată după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la alin. (2) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

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

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

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

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

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. i), k), q), n), x) - aa) și ad) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(8) În condiţiile în care Furnizorul nu îndeplineşte obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. h), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcţie de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

(9) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (8) se face din prima plată care urmează a fi efectuată de casa de asigurări de sănătate către Furnizor

(10) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (8) se face prin plata directă sau prin executare silită în situaţia în care Furnizorul nu mai este în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice.

(11) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) - (8), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe Furnizor.

(12) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (8) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(13) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară

proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) – (8), pentru unităţile sanitare cu paturi.

ART. 15

(1) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu Furnizorul în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

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

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

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

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

f) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate la art. 7 lit. o);

g) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), h), p) și ț);

h) o dată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (1).

ART. 16

(1) Contractul încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

(2) Contractul încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

ART. 17

(1) Contractul se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

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

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat de unităţile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea serviciilor de radioterapie, suspendarea contractului pentru finanțarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești;

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

ART. 18

(1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. b) şi c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 19

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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

XI. Modificarea contractului

ART. 20

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 21

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

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

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

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

ART. 24

Anexele A şi B fac parte integrantă din prezentul contract.

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate finanţate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate	Furnizor de servicii de radioterapie paraclinice
Preşedinte-director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv Direcţia economică, ...	
Director executiv Direcţia relaţii contractuale, ...	
Medic-şef, ...	
Vizat juridic, contencios	

ANEXA A

I. Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de radioterapie:

1) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie;
2) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
3) actul de înfiinţare/organizare, după caz;
4) autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de legislaţia în vigoare,
5) avizul eliberat de Ministerul Sănătăţii;
6) autorizația de utilizare eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare
7) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
8) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, după caz;
9) contului deschis la Trezoreria Statului;
10) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
11) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
12) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
13) programul de activitate al furnizorului şi al personalului care îşi exercită profesia la furnizor;
14) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului
15) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
16) documentul care atestă nivelul de pregătire a fizicienilor medicali/experţi şi a tehnicienilor
17) certificatul de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR) pentru

asistentul medical/soră medicală valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;

II. Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de radioterapie:

1) dovada existenţei următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de radioterapie:

1.1.contract(e) cu furnizori autorizaţi potrivit legii pentru distribuirea de medicamente şi materiale sanitare administrării concomitente cu şedinţa de

1.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizaţi potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură pentru radioterapie;

1.3. contract(e) pentru mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din unitatea de radioterapie autorizate potrivit legii;

1.4. contract(e) cu laboratoare de analize medicale autorizate potrivit legii, pentru investigaţiile necesare evaluării monitorizării evoluţiei bolnavului cu radioterapie pentru furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu şi nu are în structura proprie laborator de analize medicale;

1.5. contract(e) cu unităţi de tratare a deşeurilor autorizate potrivit legii;

1.6. contract(e) încheiat(e) de furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu cu unităţi sanitare cu paturi pentru asigurarea tratamentului eventualelor efecte secundare sau complicaţii ale tratamentului prin radioterapie

2) dovada existenţei unui sistem informatic pentru evidenţa pacienţilor, a serviciilor furnizate.

Documentele menţionate la pct. I şi II vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în copii certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Anexa B

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ

Centralizator

Furnizor …….
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Serviciul de radioterapie furnizat	**Număr bolnavi cărora li s-au furnizat şedinţe de radioterapie**	**Număr servicii furnizate**	**Tarif/ serviciu (lei)**	**Sumă de decontat (lei)**
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
ortovoltaj				
cobaltoterapie				
radioterapie 2D				
radioterapie 3D				
IMRT				
brahiterapie				
TOTAL			X	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de ortovoltaj

Furnizor ……
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de ortovoltaj	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fişa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr şedinţe de ortovoltaj realizate	Tarif/ serviciu de ortovoltaj (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
……							
TOTAL				X		X	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de cobaltoterapie

Furnizor ……
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de cobaltoterapie	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fişa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr şedinţe de cobaltoterapie realizate	Tarif/ serviciu de cobaltoterapie (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
……							
TOTAL				X		X	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie 2D

Furnizor ……
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie 2D	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fişa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr şedinţe de radioterapie 2D realizate	Tarif/ serviciu de radioterapie 2D (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
……							
TOTAL				X		X	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie 3D

Furnizor ……
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie 3D	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fişa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr şedinţe de radioterapie 3D realizate	Tarif/ serviciu de radioterapie 3D (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
……							
TOTAL				X		X	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de IMRT

Furnizor ……
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de IMRT	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fişa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr şedinţe de IMRT realizate	Tarif/ serviciu de IMRT (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
……							
TOTAL				X		X	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de brahiterapie

Furnizor ……
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de brahiterapie	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fişa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr şedinţe de brahiterapie realizate	Tarif/ serviciu de brahiterapie (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
……							
TOTAL				X		X	

Societatea Comerciala / Unitatea sanitara …….

ANEXA nr. 6

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Borderou centralizator PNS ……medicamente in tratamentul ambulatoriu

pentru luna ……anul

care insoteste factura seria …. nr…../data ……..

lei

Nr. crt.	**Bon Fiscal**		**Serie si nr.prescriptie**	**Cod parafa medic**	**CNP /CID asigurat**	**Nr. card european**	***Nr. si serie pasaport**	**Tip formular / document European**	****Tip document**	*****Tara**	**Total valoare prescriptie**	**Total valoare la pret de decontare Sublista C2**
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2												
……												
n												
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente,dupa caz

Coloana (2) - nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

*se completeaza numai in situatia completarii coloanelei (8) sau (9)

**se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

***se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ……in luna anterioara.

Se completeaza cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu exceptia Programului national de diabet unde se va completa cate un borderou centralizator pentru: insulina,,insulina +ADO, respectiv pentru ADO, dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala / Unitatea sanitara …….

ANEXA 6.1

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS …… retete eliberate pentru titularii de card European

pentru luna ……anul …….

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare Sublista C2
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
2									
……									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Coloana (2) - nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total Coloana (9) este cuprins in total coloana (12) din Anexa 1.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate pe PNS…… in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, respectiv cate un extras pentru insulina, insulina +ADO, ADO, dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala / Unitatea sanitara ……

ANEXA 6.2

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS…… retete eliberate pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pentru luna ……anul …….

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare Sublista C2
	Nr. ord.	Data								
	2.1.	2.2.								
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
2										
……										
n										
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Coloana (2) - nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total coloana (10) este inclus in total coloana (12) din Anexa 1.

*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, respectiv cate un extras pentru insulina, insulina +ADO, ADO dupa caz.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala / Unitatea sanitara …….

ANEXA 6.3

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS……. retete eliberate pentru titularii de formulare europene

pentru luna ……anul……

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare Sublista C2
	Nr. ord.	Data								
	2.1.	2.2.								
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
2										
……										
n										
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Coloana (2) - nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total Coloana (10) este inclusa in total coloana (12) din Anexa 1.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS,respectiv cate un extras pentru insulina, insulina +ADO, ADO, dupa caz .

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala / Unitatea sanitara …….. ANEXA 6.4

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator pentru PNS……..DCI-uri cu aprobarea comisiilor de experti CNAS

pentru luna ……anul

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare prescriptie	Total valoare la pret de decontare Sublista C2
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2												
……												
n												
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr. de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Coloana (2) - nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total Coloana (12) este inclusa in total coloana (12) din Anexa 1.

*se completeaza numai in situatia completarii coloanelei (8) sau (9)

**se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

***se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Se completeaza cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu exceptia Programului national de diabet unde se va completa cate un borderou centralizator pentru : insulina,,insulina +ADO, respectiv pentru ADO, dupa caz.

Extrasul borderou centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala …… ANEXA 7

Farmacia……..adresa …….

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Borderou centralizator PNS ……teste de automonitorizare in tratamentul ambulatoriu

pentru luna ……anul

care insoteste factura seria …. nr…../data ……..

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Copil / adult	Nr. teste	Nr. luni	Total valoare teste la pret de decontare din care:	Total valoare teste la pret de decontare copii	Total valoare teste la pret de decontare adulti
	Nr. ord.	Data														
	2.1.	2.2.														
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2																
……																
n																
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**			

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

*se completeaza numai in situatia completarii coloanelei (8) sau (9)

**se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

***se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6), (8) sau (9)

Coloana (14) = coloana (15) + coloana (16)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate pe PNS ……in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala …… ANEXA 7.1

Farmacia……..adresa …….

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS …… teste de automonitorizare

eliberate pentru titularii de card European

pentru luna ……anul …….

Lei

Nr. crt.	**Bon Fiscal**		**Serie si nr.prescriptie**	**Cod parafa medic**	**CNP /CID asigurat**	**Nr. card european**	**Tara**	**Total valoare teste la pret de decontare**
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
2								
……								
n								
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este cuprins in total coloana (14) din Anexa 2.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala ……

ANEXA 7.2

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS…… teste de automonitorizare eliberate pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pentru luna ……anul …….

Lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare teste la pret de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
2									
……									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total coloana (9) este inclus in total coloana (14) din Anexa 2.

*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Societatea Comerciala ……. ANEXA 7.3

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS……. teste de automonitorizare eliberate pentru titularii de formulare europene pentru luna ……anul……

lei

Nr. crt.	Bon Fiscal		Serie si nr.prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare prescriptie
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
2									
……									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (9) este inclusa in total coloana (14) din Anexa 2.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru testele de automonitorizare eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Unitatea sanitara …….

ANEXA 8

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Borderou centralizator PNS ……materiale sanitare (epidermoliza buloasa) in tratamentul ambulatoriu

pentru luna ……anul

care insoteste factura seria …. nr…../data ……..

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condica	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	**Tip document	***Tara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2									
……									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

*se completeaza numai in situatia completarii coloanelei (7) sau (8)

**se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

***se completeaza numai in situatia completarii coloanei (5), (7) sau (8)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru materialele sanitare eliberate pe PNS ……in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Unitatea sanitara …….

ANEXA 8.1

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS …… materiale sanitare(epidermoliza buloasa) eliberate pentru titularii de card European

pentru luna ……anul …….

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condica	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	Tara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7
2						
……						
n						
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (7) este cuprins in total coloana (10) din Anexa 3.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune / transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru materialele sanitare eliberate pe PNS…… in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Unitatea sanitara ……. ANEXA 8.2

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS……materiale sanitare (epidermoliza buloasa) eliberate pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

pentru luna ……anul …….

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condica	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	*Tip document	Tara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
……							
n							
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total coloana (8) este inclus in total coloana (10) din Anexa 3.

*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru materialele sanitare eliberate pe PNS…… in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

Unitatea sanitara ……. ANEXA 8.3

Farmacia……..adresa ……..

Nr. Contract ……incheiat cu CAS……

Nr. …….Data …..

Extras borderou centralizator PNS……. materiale sanitare (epidermoliza buloasa) eliberate pentru titularii de formulare europene

pentru luna ……anul……

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condica	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	Tip formular / document European	Tara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8
2							
……							
n							
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	

Coloana (1) - se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordine pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente, dupa caz.

Total Coloana (8) este inclusa in total coloana (10) din Anexa 3.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune/transmite in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru materiale sanitare eliberate pe PNS …..in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal ……..

.ANEXA nr. 9
la Normele tehnice

REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC LEUCEMIE ACUTĂ

Unitatea sanitară .....
Secţia .....
Tel./fax ....., mail .....
Numele şi prenumele medicului curant .....
Numele şi prenumele pacientului ....., CNP .....
Diagnostic clinic .....

Hemoleucograma cu frotiu .....
Medulograma .....
Coloraţii citochimice .....

Investigaţii solicitate:
1. Imunofenotipare (EDTA) pentru leucemie acută mieloidă/limfoidă
• Sânge periferic sau
• Suc medular
2. Citogenetică cariotip standard (tub heparinat), FISH
• Sânge periferic sau
• Suc medular
3. Biologie moleculară (EDTA)
• PCR calitativ
• PCR cantitativ (RT)
- PCR CALITATIV,
- PCR CANTITATIV (RT)
Data şi ora recoltării probei .....
Semnătura şi parafa .....

ANEXA nr. 10
la Normele tehnice

Spitalul .....
Secţia/Ambulatoriul .....
Către:
.....

În atenţia
Coordonatorului regional pentru Programul naţional de diabet zaharat

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a) dr. ....., în calitate de medic curant, specialist în ....., solicit aprobarea iniţierii terapiei cu infuzie subcutanată (pompă) de insulină, pentru pacientul

.....,
(nume şi prenume, CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|)

aflat în evidenţa Casei de Asigurări de Sănătate ..... .

Pacientul se află în evidenţa noastră cu diagnosticul ..... din anul ....., având în prezent următoarea terapie de fond:

.....
.....
.....
.....

Motive medicale:

.....
.....
.....
.....

Data .....
Medic curant,
.....
(semnătura şi parafa)

Aprobat
Coordonator regional,
.....
(semnătura şi parafa)

ANEXA nr. 11
la Normele tehnice

Centrul metodologic regional .....
Către Spitalul .....

DECIZIA Nr. .....

a) Numele şi prenumele pacientului
b) CNP .....
c) Domiciliul .....
d) Tel. .....
e) Diagnostic .....
f) Numele şi prenumele medicului curant: .....

Coordonatorul regional aprobă eliberarea unei pompe de insulină pentru acest pacient.

Coordonator regional,
.....
(semnătura şi parafa)

ANEXA nr. 12
la Normele tehnice

Spitalul .....
Secţia/Ambulatoriul .....
Către:
.....*)

În atenţia

Comisiei de aprobare a .....

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a) dr. ....., în calitate de medic curant, specialist în ....., solicit aprobarea iniţierii tratamentului pentru pacientul .....,
(nume şi prenume, CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|)
aflat în evidenţa Casei de Asigurări de Sănătate ..... .
Pacientul se află în evidenţa noastră cu diagnosticul ..... din anul ....., având în prezent următoarea terapie de fond:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Motive medicale
.....
.....
.....
.....

Data .....

Medic curant, Aprobat comisie,
.....
.....
(semnătura şi parafa) (semnătura şi ştampila)

---

*) După caz: Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate, Agenţia Naţională de Transplant, centre acreditate pentru activitate de transplant.