



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 190 (XXXIV) — Nr. 318 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 31 martie 2022

SUMAR

Pagina

Anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023	3-367
---	-------

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN**pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023*)**

Văzând Referatul de aprobare nr. DG 961 din 30.03.2022 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 51 alin. (1) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate,

în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea în perioada de valabilitate a Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare, se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actele adiționale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2022. Implementarea programelor naționale de asigurări de sănătate se realizează în condițiile prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

Art. 3. — Direcțiile de specialitate din Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prin care se derulează programe

naționale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

Art. 5. — Prezentul ordin intră în vigoare începând cu 1 aprilie 2022.

Art. 6. — La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 507/2015 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 656 din 31 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 224 și 224 bis din 31 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare.

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

București, 30 martie 2022.

Nr. 180.

*) Ordinul nr. 180/2022 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 318 din 31 martie 2022 și este reprodus și în acest număr bis.

ANEXĂ

NORMELE TEHNICE DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE PENTRU ANII 2022-2023

CAPITOLUL I

CADRUL GENERAL DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 1

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

ART. 2

(1) Bugetul alocat programelor naționale de sănătate pentru anii 2022-2023 este prevăzut la capitolul VIII din prezenta anexă și este aprobat anual în Legea bugetului de stat.

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

ART. 3

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

(2) Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin unități de specialitate.

(3) Includerea unităților de specialitate în programele naționale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care fac obiectul anexei 16 la prezentele norme tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

(4) Unitățile de specialitate sunt:

a) instituții publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale. Stabilirea anuală și ori de câte ori este nevoie la nivel județean a capacității de furnizare a serviciilor medicale de către furnizorii publici, precum și a serviciilor medicale care excedează capacității de furnizare a acestora se realizează de către o comisie mixtă, formată din reprezentanți ai direcției de sănătate publică și reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate. Comisia se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, iar pentru fiecare membru desemnat, instituțiile menționate anterior vor nominaliza și membrii supleanți echivalenți numeric.

d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

(5) Coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative se asigură cu participarea experților desemnați coordonatori naționali prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 4

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

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

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

b) asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați de la și la domiciliul bolnavilor și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor;

c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigațiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), precum și a serviciilor de radioterapie.

ART. 5

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea se asigură, în condițiile legii, prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare, care au îndeplinit criteriile prevăzute în chestionarele de evaluare, pentru includerea în programele naționale de sănătate curative și/sau prin farmaciile cu circuit deschis, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, după caz.

(2) Includerea unităților de specialitate private care derulează programele naționale de sănătate curative se face potrivit art. 3 alin. (4) lit. c).

ART. 6

(1) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2023.

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

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

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

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

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

(7) Cheltuielile realizate în luna decembrie a anului precedent, peste limita maxima în cadrul căreia s-au încheiat angajamente legale, și nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea utilizate în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și pentru servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de

diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, servicii medicale paraclinice, servicii de dializă și serviciile de radioterapie, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

ART. 7

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

ART.8

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

ART.9

(1) Sumele aferente programelor naționale de sănătate curative se alocă în baza contractelor încheiate distinct între unitățile de specialitate și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări de sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate creditele de angajament și creditele bugetare destinate implementării programelor naționale de sănătate curative, prevăzute la cap. VIII.

(3) Sumele aprobate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se alocă, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, în urma analizei efectuate de structurile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a cererilor fundamentate transmise de casele de asigurări de sănătate, întocmite pe baza solicitărilor unităților de specialitate, însoțite de documentele justificative, ținând cont de indicatorii fizici și de eficiență realizați.

ART. 10

(1) Sumele alocate pentru programele /subprogramele naționale de sănătate curative sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților de specialitate publice, respectiv în veniturile furnizorilor privați de servicii medicale prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

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

ART. 11

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

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

(3) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate și furnizorii prin care se derulează Programul național de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)], respectiv Programul național de PET-CT și subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 3.

(4) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii de dializă prin care se derulează Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 4.

(5) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii de radioterapie prin care se derulează Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi din cadrul Programului național de oncologie se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 5.

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

ART. 12

Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate care efectuează servicii de dializă se realizează în limita numărului de bolnavi prevăzut în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație. În situația 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 existenți în program de la alte unități sanitare sau, după caz, prin includerea în program a unor bolnavi noi, cu încadrarea în numărul de bolnavi aprobat pentru respectivul program.

ART. 13

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

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

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

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori și 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 și care desfășoară activitate sub incidența 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 relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (4) casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 14

(1) Sumele aferente programelor naționale de sănătate curative sunt cuprinse în contractele încheiate, distinct, între casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prin care se derulează programele/subprogramele naționale de sănătate curative.

(2) În situația furnizorilor de servicii medicale la care stocurile cantitativ-valorice acoperă necesarul anului în curs, casele de asigurări de sănătate pot continua derularea contractelor cu aceștia, cu evidențierea stocului cantitativ valoric.

ART. 15

Decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), investigațiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, serviciilor de radioterapie, precum și a serviciilor de dializă, în cadrul programelor naționale de sănătate curative derulate de unitățile de specialitate aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, se realizează lunar din fondurile aprobate cu această destinație.

ART. 16

Bunurile achiziționate din sumele alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, aflate în perioada de valabilitate, pot fi transmise fără plată de la o unitate de specialitate la alta, în cazurile stabilite la art. 52 alin. (7) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

a) în vederea disponibilizării bunurilor, compartimentul de specialitate al unității de specialitate va întocmi un referat de disponibilizare în care descrie bunul ce urmează a fi disponibilizat, menționând toate caracteristicile tehnice ale acestuia. Referatul astfel întocmit va fi aprobat de către conducătorul unității de specialitate. Unitatea de specialitate care disponibilizează bunurile va informa în scris alte unități de specialitate care derulează programele naționale de sănătate curative în cadrul cărora se decontează medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale;

b) transmiterea, fără plată, de la o unitate de specialitate la alta se va face pe bază de proces-verbal de predare-primire semnat de conducătorii celor două unități de specialitate, cea care disponibilizează bunurile, respectiv cea care le preia, cu avizul ordonatorului principal de credite al unității de specialitate care a disponibilizat bunul, precum și cu avizul ordonatorului principal de credite al unității de specialitate care a solicitat transmiterea bunului.

În cazul furnizorilor privați de servicii medicale, prin ordonator principal de credite sau ordonator de credite se înțelege reprezentantul legal;

c) la predarea-primirea, fără plată, a bunurilor, conducătorii unităților de specialitate împreună cu conducătorii compartimentelor financiar-contabile, după caz, răspund de înregistrarea în evidențele contabile a operațiunilor privind ieșirea, respectiv intrarea în gestiune a bunurilor;

d) la transferul fără plată al bunurilor, unitățile de specialitate, respectiv casele de asigurări de sănătate au obligația de a menționa aceste transferuri în machetele de raportare a indicatorilor fizici și de eficiență, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 17

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

(2) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, utilizate în unitățile sanitare cu paturi pentru tratamentul bolnavilor pe perioada spitalizării acestora sau, după caz, eliberate prin farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul în regim ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate se achiziționează în condițiile legii de către

unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, la prețul de achiziție, care în cazul medicamentelor nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(3) Serviciile medicale, respectiv serviciile medicale prin tratament Gamma Knife, serviciile medicale de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciile medicale de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, serviciile medicale paraclinice, serviciile de radioterapie și serviciile de dializă, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altor asemenea în cadrul unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative validate și decontate din bugetul alocat cu această destinație se pot acorda concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală spitalicească.

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

ART. 18

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

ART. 19

Casele de asigurări de sănătate raportează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, sumele contractate, sumele utilizate potrivit destinației acestora și indicatorii specifici conform machetelor aprobate, prevăzute la art. 18.

ART. 20

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

ART. 21

În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma analizei trimestriale efectuată de către casele de asigurări de sănătate precum și de către direcțiile de sănătate publică a indicatorilor raportați și în funcție de realizarea obiectivelor și activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

ART. 22

(1) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale nu sunt aplicabile situațiilor în care asigurații execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, care însoțește persoana cu tulburări psihice la furnizorii de servicii medicale, prezintă obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării de către furnizori a acestui document în evidențele proprii.

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

ART. 23

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

(2) Lista denumirilor comerciale, a prețurilor de decontare a medicamentelor și a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în Catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România, denumit în continuare CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data aprobării prețului.

(3) În situația în care se constată că deținătorul autorizației de punere pe piață nu asigură prezența medicamentelor pe piață, potrivit prevederilor titlului XVIII din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (2), în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării lipsei acestora de pe piață, la sesizarea Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, instituțiile abilitate excluzând respectivele medicamente din lista prevăzută la alin. (2).

(4) Lista prevăzută la alin. (2) se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate;

b) ca urmare a actualizării Catalogului național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (Canamed) prin completarea/modificarea Listei de medicamente - denumiri comerciale; Lista se elaborează în termen de 15 zile de la actualizarea Canamed și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

(5) Pentru DCI-urile incluse necondiționat în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

a) dacă în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu este efectuată o analiză de impact financiar pentru care să fie alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale menționate în

raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România.

b) dacă în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale este efectuată o analiză de impact financiar pentru care este alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiza de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale menționate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sau preț cu ridicata pe unitate terapeutică, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sau prețul cu ridicata pe unitate terapeutică, după caz, aferent denumirilor comerciale menționate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale.

(6) Lista materialelor sanitare specifice de care beneficiază asigurații incluși în programele naționale de sănătate curative este aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(7) În cazul în care pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naționale 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 național de sănătate curativ până la epuizarea stocurilor.

ART. 24

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

ART. 25

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

CAPITOLUL III

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

ART. 26

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

(2) În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare/declarațiile de servicii, 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 erorilor se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(3) În vederea decontării contravalorii medicamentelor/materialelor sanitare acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate factură și borderou centralizator, în format electronic, cu semnătura electronică extinsă.

Borderoul centralizator este însoțit de evidențe distincte pentru:

a) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate pe fiecare program național de sănătate curativ. Pentru Programul național de diabet zaharat se întocmește câte o evidență distinctă pentru medicamentele specifice insulină, insulină și antidiabetice non-insulinice, respectiv antidiabetice non-insulinice, după caz;

b) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate pentru titularii de card european;

c) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

d) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate pentru titularii de formulare europene;

e) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicata cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

f) testele de automonitorizare.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru care medicul utilizează formulare de prescripții distincte, iar farmacia completează borderou centralizator distinct.

În borderoul centralizator se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate.

În factura aferentă borderoului centralizator sunt evidențiate distinct sumele corespunzătoare totalurilor din evidențele distincte pe fiecare program național de sănătate curativ prevăzute la lit. a) și f).

(4) În vederea decontării contravalorii medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi și borderouri centralizatoare, în format electronic, cu semnătura electronică extinsă, pentru fiecare program de sănătate cu scop curativ ce cuprinde DCI care fac obiectul contractelor cost-volum.

Borderoul centralizator este însoțit de evidențe distincte pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum din prescripțiile medicale eliberate pentru:

a) titularii de card european;

b) bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

c) titularii de formulare europene.

În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator.

(5) Pentru prescripțiile medicale electronice on-line, componenta prescriere și componenta eliberare se păstrează în evidența proprie a farmaciei, urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

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

(6) Modelele de borderouri centralizatoare și evidențele distincte aferente acestora sunt prevăzute în anexele nr. 6 – 8, precum și în anexa 17 pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, conform prevederilor OUG nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 27

(1) Decontarea serviciilor de hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă și dializă peritoneală automată în ambulatoriu, furnizate de unitățile sanitare autorizate și acreditate/care fac dovada înscrierii în procesul de acreditare, care derulează Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, se realizează, la un tarif de 641 lei pentru ședința de hemodializă convențională, la un tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line de 716 lei, la tariful de 64.096 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală continuă și la tariful de 93.450 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală automată.

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

(3) Decontarea hemoglobinei glicozilate HbA1c se face în limita sumelor aprobate cu această destinație la nivelul caselor de asigurări de sănătate. Recomandarea pentru efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c se face de către medicul specialist în diabet, nutriție și boli metabolice, de medicul cu competență/atestat în diabet de medicul desemnat sau medicul de familie.

(4) Medicul desemnat este medicul specialist medicină internă, nominalizat de casa de asigurări de sănătate în situația în care există un deficit de medici specialiști în diabet, nutriție și boli metabolice sau cu competență în diabet, nutriție și boli metabolice la nivel județean. Medicul desemnat precum și medicul de medicină de familie pot recomanda efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c, dar nu mai mult de două dozări/bolnav/an. Valabilitatea recomandării este de maximum 90, respectiv 92 de zile calendaristice, după caz.

ART. 28

(1) Unitățile sanitare prin care se derulează programe în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, pentru alte servicii medicale decât cele prevăzute la alin. (2), prezintă acestora în primele 10 zile ale lunii următoare:

- a) indicatorii specifici programelor realizați în luna anterioară;
- b) borderouri centralizatoare distincte pe fiecare program național de sănătate curativ pentru medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate în tratamentul ambulatoriu, precum și pentru fiecare DCI care face obiectul contractelor cost-volum din cadrul unui program național de sănătate curativ eliberate în tratamentul ambulatoriu, după caz;
- c) documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie, prin care se face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii/facturilor pentru medicamente și/sau materiale sanitare specifice aprovizionate;
- d) factura și cererea justificativă, însoțită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă, iar pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum acestea se vor întocmi distinct.

(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciile de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), dozarea hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, serviciile de dializă, respectiv serviciile de radioterapie, unitățile de specialitate depun la casele de asigurări de sănătate

factura/facturile, indicatorii specifici realizați în luna anterioară, documentele justificative cu privire la serviciile efectuate, care cuprind datele de identificare și diagnosticul bolnavului, biletul de trimitere/decizia de aprobare, referatul de solicitare a serviciilor de diagnostic și monitorizare al leucemiilor acute, respectiv a serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom)*), declarația de servicii lunare (centralizator și desfășurător), după caz.

*) Modelul referatului de solicitare a serviciilor de diagnostic al leucemiilor acute, respectiv a serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) este prevăzut în anexele nr. 9 și 10.

ART. 29

Casele de asigurări de sănătate vor analiza și vor valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situațiile prezentate de unitățile sanitare și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior, precum și stocurile cantitativ-valorice și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării și acordării vizei de "bun de plată", contravaloarea facturilor aferente cererilor justificative pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, cu excepția serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, serviciilor medicale paraclinice, serviciilor de dializă și a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturilor și acordării vizei de "bun de plată".

ART. 30

Neprezentarea documentelor prevăzute la art. 28 de către unitățile de specialitate atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor.

ART. 31

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

(2) În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași denumiri comune internaționale sau, după caz, al denumirii comerciale au prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au dreptul de a încasa de la asigurați, numai cu acordul și la solicitarea acestora, diferența de preț rezultată dintre prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului eliberat și prețul de decontare al acestuia. În acest sens farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare.

(3) În toate situațiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice asimilabile căii de administrare și concentrației prescrise de medic.

ART. 32

În cadrul Subprogramului de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți și Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, pentru probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la

furnizorii de servicii medicale nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în norme, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizați în normele tehnice care au efectuat diagnosticarea și monitorizarea bolii minime reziduale la bolnavii cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară și diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

CAPITOLUL IV

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

ART. 33

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

În cadrul programelor naționale de sănătate curative, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare. Prescripția medicală pentru preparatele stupefiante și psihotrope își păstrează statutul de prescripție medicală cu regim special.

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

(2) Pentru eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice care se acordă în tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line (componenta eliberare), cu excepția situațiilor prevăzute la art. 26 din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, în care se utilizează prescripția medicală electronică off-line (componenta eliberare).

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

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente obligatorii: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componenta prescriere, respectiv componenta eliberare. Prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are și o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracționată atât în ceea ce privește numărul medicamentelor, cât și cantitatea din fiecare medicament, denumită în continuare componenta eliberare pentru bolnav.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice și sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt

atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale/medic care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora, și organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line atribuite.

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

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului pe care îl păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia și eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări de sănătate propriu 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 național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) și alin. (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/bolnav din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 2 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează și parafează, dintre care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a fi depus la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia dacă aceasta nu poate prezenta cardul național de asigurări de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia și eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu 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 național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) și alin. (1[^]1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/bolnav din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) În cazul prescrierii electronice on-line și off-line, pentru situațiile prevăzute la art. 26 din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022, farmaciile eliberează medicamentele/materialele sanitare specifice în regim off-line.

Farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripției și listează un exemplar pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului și cu semnătura asiguratului sau de persoana care ridică medicamentele; exemplarul componentei eliberare off-line se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere).

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) se semnează de către beneficiarul prescripției sau de către persoana care ridică medicamentele/materialele sanitare specifice în numele acestuia, identificarea făcându-se prin prezentarea cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului.

În situația în care medicamentele/materialele sanitare specifice se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/bolnav din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/în prescripția cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante.

Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante care nu conțin toate datele obligatoriu a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacia și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

(8) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a bolnavului, în cazul produselor biologice, precum și în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumirea comercială, cu excepția produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, justificarea medicală va avea în vedere reacții adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice inclusiv pentru DCI - Combinații.

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

(10) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acesteia, pe care primitorul semnează cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță și care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția

medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția electronică on-line, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamentele va lista un exemplar (componenta eliberare pentru bolnav), cu DCI-urile/medicamentele eliberate, care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor alin. (4) - care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(11) Medicamentele specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie (sol. injectabila/perfuzabilă)- , unele boli rare, boli endocrine, pentru tratamentul substitutiv cu metadonă și pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic cuprinși în programele naționale de sănătate curative se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală electronică on-line sau off-line sau prescripție medicală cu regim special utilizată pentru preparate stupefiante și psihotrope, după caz.

(12) Medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, pentru tratamentul stării posttransplant al bolnavilor transplantați, cu excepția tratamentului recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic, pentru tratamentul bolnavilor cu unele boli rare, talasemie (forme orale), se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis.

(13) Medicamentele specifice care se acordă pe perioada spitalizării bolnavilor incluși în unele programele naționale de sănătate curative se eliberează prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare; achiziționarea acestora se realizează de către unitatea sanitară, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, după caz, la prețul de achiziție, care în cazul medicamentelor nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

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

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru 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 și Fulvestrantum și medicamentele de tip imunomodulator, care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A și Interferonum alfa 2B, precum și Bortezomibum, Trastuzumabum (concentrația de 600 mg/5 ml), Azacitidinum, Rituximabum (concentrația de 120 mg/ml, 1.400 mg/flacon și 1.600 mg/flacon), Daratumumab (concentrația de 1.800 mg) și Combinații (pertuzumabum+trastuzumabum), Luspatercept și Ropoginterferon alfa 2B;

b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităților sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru bolnavi pe perioada spitalizării.

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

(16) Prescrierea testelor de automonitorizare bolnavilor cu diabet zaharat se face împreună cu prescrierea tratamentului cu insulină și/sau medicamente antidiabetice non-insulinice, pe același formular de prescripție medicală, pe o perioadă de maximum 3 luni. Numărul de teste de automonitorizare este de până la 400 teste/3 luni pentru copilul cu diabet zaharat tip 1, până la 200

teste/3 luni pentru adultul cu diabet zaharat tip 1 automonitizat și până la 100 teste/3 luni pentru bolnavul cu diabet zaharat de tip 1 automonitizat cu sistem de monitorizare continuă a glicemiei sau cu pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă precum și pentru bolnavul cu diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat insulinotratat. Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să asigure în termen de maximum 48 de ore testele prescrise bolnavului, dacă acestea nu există în farmacie la momentul solicitării. Decizia privind prescrierea unui număr mai mic de teste sau de a întrerupe acordarea testelor aparține medicului prescriptor.

(17) Medicamentele specifice pentru tratamentul bolnavilor cu purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, incluși în cadrul Programului național de tratament pentru boli rare, se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităților sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, bolnavilor cu doză și răspuns stabil, lunar, dacă medicul curant apreciază că bolnavul/apartinătorii acestuia are/au posibilitatea administrării tratamentului la domiciliu atât pentru forma farmaceutică cu administrare orală, cât și pentru forma farmaceutică cu administrare subcutanată.

ART. 34

Prescrierea și eliberarea medicamentelor antidiabetice, medicamentelor oncologice specifice și a medicamentelor specifice necesare tratamentului stării posttransplant în ambulatoriu, nominalizate în Lista denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) cuprinse în secțiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, aprobată prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se realizează astfel:

a) tratamentul specific bolnavilor cu diabet zaharat se inițiază de către medicul specialist în diabet, nutriție și boli metabolice sau de către medicul cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice și poate fi continuat pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnați sau medicii de familie. Medicii de familie pot prescrie în baza scrisorii medicale numai medicamente antidiabetice non-insulinice.

b) inițierea tratamentului cu medicamentele antidiabetice non-insulinice se realizează de către medicul specialist în diabet, nutriție și boli metabolice sau de către medicul cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, pentru bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate, precum și cele prevăzute în protocoale terapeutice, după caz, inclusiv pentru categoriile de bolnavi menționate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate care beneficiaza de tratament cu DCI Metforminum.

c) prin excepție de la prevederile alin b), medicul de familie poate iniția tratamentul cu DCI Metforminum (antidiabetic non-insulinic) pentru categoriile de bolnavi menționate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

d) achiziția, montarea și eliberarea dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat (pompe de insulină fără senzori de monitorizare continuă a glicemiei, denumite în continuare pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de monitorizare continuă a glicemiei și consumabilele aferente dispozitivelor medicale specifice) se realizează prin unitățile sanitare cu secții/compartimente de profil care au farmacii cu circuit închis și

care au în schema de personal cel puțin un medic de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medic cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice care a absolvit un curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice.

e) pompele de insulină și pompele de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei se montează în spitalizare de zi sau în spitalizare continuă, după caz, iar sistemele de monitorizare continuă a glicemiei se montează în spitalizare de zi sau ambulatoriu, după caz, care au farmacii cu circuit închis și care au în schema de personal cel puțin un medic de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medic cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice care deține documente ce atestă absolvirea unui curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice. Montarea dispozitivelor medicale specifice se face la recomandarea medicului de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medic cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, aflat într-o relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care monitorizează bolnavul, pe baza unui referat medical care cuprinde date despre bolnav precum și îndeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru sistemul recomandat (anexa 14).

Medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medic cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice din unitatea sanitară care derulează aceste activități, în baza referatului medical programează bolnavul pentru evaluare în vederea acordării dispozitivelor specifice.

Eliberarea sistemului de inițiere precum și a materialelor consumabile aferente se realizează prin farmacia cu circuit închis a unităților sanitare care derulează programul.

f) Materialele consumabile aferente dispozitivelor specifice acordate în cadrul Programului național de diabet zaharat se eliberează prin farmacia cu circuit închis la o perioadă de 3 luni urmare a prescrierii în ambulatoriu, spitalizare de zi sau spitalizare continuă, după caz, de către medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medic cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice din unitățile sanitare care derulează programul.

1. Pentru sistemele de monitorizare continuă a glicemiei:

1.1. Setul de inițiere constă în: transmiter, serter/serteri de implantare și senzorii aferenți. Necesarul de componente ale setului de inițiere se stabilește pentru o perioadă de 3 luni, în funcție de specificațiile tehnice.

1.2. Pentru sistemele de monitorizare continuă a glicemiei materialele consumabile sunt: transmiter, serter/ serteri de implantare și senzori.

2. Pentru pompele de insulină:

2.1. Setul de inițiere a pompelor de insulină constă în: pompă de infuzie continuă a insulinei, serter de implantare canulă, catetere și rezervoare. Necesarul de componente ale setului de inițiere a pompelor de insulină se stabilește pe o perioada de 3 luni în funcție de specificațiile tehnice.

2.2. Pentru pompele de insulină materialele consumabile sunt: serter de implantare canulă, catetere și rezervoare pompa. Necesarul de consumabile pentru pompa de insulină se stabilește pentru o perioadă de 3 luni în funcție de specificațiile tehnice.

3. Pentru sistemele de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei:

3.1. Setul de inițiere a sistemului de pompă cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei constă în: pompă de infuzie continuă a insulinei, serter de implantare canulă ,catetere pompă, rezervoare pompă, transmiter cu serter de implantare pentru sensor și senzori. Necesarul de componente ale setului de inițiere se stabilește pentru o perioadă de 3 luni, în funcție de specificațiile tehnice.

3.2. Pentru sistemele de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei materialele consumabile sunt: serter de implantare canula, catetere, rezervoare, transmiter cu serter de implantare pentru sensor și senzori. Necesarul de consumabile pentru pompa de insulină cu senzori

de monitorizare continuă a glicemiei se stabilește pentru o perioadă de 3 luni în funcție de specificațiile tehnice.

4. Setul de inițiere și consumabilele aferente pentru dispozitivele medicale specifice se acordă după cum urmează:

4.1. setul de inițiere, care include consumabile pentru 3 luni, se acordă la data montării dispozitivului specific; după aceste 3 luni, în care bolnavul a utilizat materialele consumabile incluse în setul de inițiere, acesta beneficiază de o prescripție de materiale consumabile aferente dispozitivului specific, la un interval de 3 luni de zile, dar nu mai mult de 3 prescripții pe an în funcție de data montării dispozitivului;

4.2. în anul în care bolnavul beneficiază de acordarea consumabilelor aferente dispozitivelor specifice, acestea se prescriu la un interval de 3 luni, de maxim 4 ori pe an/bolnav.

g) prescrierea dispozitivelor medicale specifice și a materialelor consumabile se realizează pe condica de prescripție de medicamente și materiale sanitare distinct întocmită în acest sens pentru această activitate, iar eliberarea se face prin farmacia cu circuit închis a unităților sanitare care derulează programul național de diabet zaharat.

h) pentru situațiile în care din motive obiective bolnavul nu mai poate folosi senzorii de monitorizare continuă a glicemiei, pompa de insulină, sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei și materialele consumabile aferente acestora rămase neutilizate, acestea sunt returnate unităților sanitare care derulează programul și care le-a acordat bolnavului. În continuare, aceste materiale și dispozitive vor putea fi redistribuite bolnavilor eligibili dacă sunt sigilate (consumabile) sau au fost evaluate de un service autorizat (pompe).

i) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de până la 30, respectiv 31 de zile, după caz, cu excepția medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecțiuni oncologice, cu scleroză multiplă, osteoporoză, hemofilie, talasemie, hipertensiune arterială pulmonară, epidermoliză buloasă, scleroză tuberoasă, hiperfenilalaninemie la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină, scleroză sistemică și ulcere digitale evolutive, mucoviscidoză și pentru starea posttransplant, respectiv a seturilor de inițiere și a materialelor consumabile pentru sistemele de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompele de insulină și sistemelor de monitorizare continuă a glicemiei, a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă și a testelor de automonitorizare acordate bolnavilor cu diabet zaharat cuprinși în programele naționale de sănătate curative, pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz, inclusiv la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi. Pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice și bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii și prognosticul bolii; perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum este de până la 30 - 31 de zile.

j) Pentru tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice inițierea se face de către medicul oncolog sau hematolog, medicul pediatru cu supraspecializare în hemato-oncologie pediatrică/oncologie pediatrică, competență în oncopediatrie, atestat de studii complementare în oncologie și hematologie pediatrică, medic cu specialitatea oncologie și hematologie pediatrică, după caz. Continuarea tratamentului se face de către medicul oncolog, hematolog sau medic pediatru cu supraspecializare în hemato-oncologie pediatrică/oncologie pediatrică, competență oncopediatrie, atestat de studii complementare în oncologie și hematologie pediatrică, medic cu specialitatea oncologie și hematologie pediatrică sau pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnați. Medicii desemnați sunt medicii de familie nominalizați de casa de asigurări de sănătate în situația în care există un deficit de medici oncologi sau hematologi la nivel județean.

k) Pentru prescripția medicală electronică on-line, emisă pentru bolnavii cuprinși în programele naționale de sănătate curative și pentru care perioada de prescriere de medicamente poate fi de până la 90/91/92 zile, conform prevederilor lit. i), la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracționat 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 fracționată se va face cu respectarea cantității lunare din fiecare medicament determinată în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/farmaciile care a/au eliberat medicamente fracționat va/vor lista un exemplar (componenta eliberare pentru bolnav) cu medicamentele eliberate, care va fi înmânat bolnavului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta, în termenul de valabilitate al prescripției, la aceeași sau la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 33 alin. (4), care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru bolnav.

ART. 35

(1) Achiziția și eliberarea procesoarelor de sunet (partea externă) pentru implanturi cohleare și a procesoarelor de sunet (partea externă) pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă se realizează prin unitățile sanitare prin care se derulează Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive). Pentru a beneficia de procesor de sunet:

a) bolnavul care îndeplinește criteriile de eligibilitate se va prezenta în unitatea sanitară care derulează programul și la care se află în evidență în momentul solicitării procesorului de sunet (partea externă), în serviciul de audiologie;

b) medicul specialist care realizează activarea și adaptarea procesorului de sunet va menționa în foaia de observație a bolnavului recomandarea pentru procesor de sunet (partea externă) și va completa unul din Formularele pentru înlocuirea procesorului de sunet (partea externă), după caz, la bolnavii eligibili, prevăzute în anexa nr. 11, în baza căruia se realizează eliberarea procesorului de sunet;

c) procesorul de sunet (partea externă) va fi eliberat bolnavului după activare și adaptare specifică și va beneficia de o perioadă de garanție conform prevederilor din contractul de achiziție.

(2) În cazul procesoarelor ieșite din garanție, care au mai puțin de 7 ani de funcționare (pentru implanturi cohleare), respectiv de 5 ani de funcționare (pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă) și care nu mai pot fi reparate, raportul de service care atestă imposibilitatea reparării se va anexa foii de observație.

ART. 36

Materialele sanitare consumabile utilizate în cadrul Programului național de diabet zaharat și al Programului național de tratament pentru boli rare - epidermoliză buloasă, care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare, pot fi transmise la domiciliul bolnavului în situația în care unitatea sanitară are această posibilitate.

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

ART. 37

Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de

diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4), care sunt și în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz. Medicamentele eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii și unitățile de specialitate în baza actelor adiționale încheiate la contractele pentru derularea programelor naționale de sănătate curative.

ART. 38

(1) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi din cadrul Programului național de oncologie și a Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență 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 unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4) lit. b) și c) cu care se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești,

b) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4) lit. b) și c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă și care se află sau nu se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Unitățile de specialitate de la alin. (2) lit. b), în vederea intrării în relații 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 condiții de eligibilitate:

a) să fie organizați în una din formele legale prevăzute de actele normative în vigoare;

b) să fie autorizate și să facă dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;

(3) În vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, unitățile de specialitate de la alin. (2) lit. b) au obligația de a depune la casele de asigurări de sănătate documentele prevăzute în anexele la contractele prevăzute în anexa 4, respectiv anexa 5.

ART. 39

Unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative au obligațiile, sancțiunile precum și condițiile de reziliere, suspendare și încetare a contractului prevăzute în Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate și asumate de părțile contractante prin contractele încheiate în acest sens, după modelele de contract prevăzute în anexele nr. 1 - 5 la prezentele Norme tehnice.

ART. 40

(1) Casele de asigurări de sănătate, prin direcțiile și structurile de specialitate, au următoarele responsabilități:

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

b) realizează, pentru fiecare unitate de specialitate și cumulativ la nivelul casei de asigurări de sănătate, analiza și monitorizarea derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative prin indicatorii fizici și de eficiență realizați transmiși de unitățile de specialitate;

c) raportează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulativ de la începutul anului) și anual, în primele 20 de zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, sumele alocate de acestea pentru fiecare program/subprogram național de sănătate

curativ, sumele utilizate de unitățile sanitare și farmaciile cu circuit deschis care derulează programe, precum și indicatorii fizici și de eficiență realizați, conform machetelor prevăzute la art. 18;

d) anual persoana/persoanele de la nivelul casei de asigurări de sănătate responsabilă/responsabile cu programele de sănătate și implicată/implicate în completarea, analiza și transmiterea indicatorilor fizici și de eficiență prevăzuți la lit. c) va/vor participa la analiza și evaluarea indicatorilor raportați în anul precedent ;

e) evaluează și fundamentează, în raport cu numărul de bolnavi eligibili, consumurile lunare și stocurile de medicamente/materiale sanitare specifice, după caz, necesarul de fonduri pentru asigurarea tratamentului bolnavilor incluși în programe/subprograme naționale de sănătate, inclusiv a tratamentului cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare și a tratamentului cu medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum;

f) analizează și validează prescripțiile medicale eliberate în farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, în vederea decontării ulterioare precum și DCI-urile ce fac obiectul contractelor –cost volum;

g) monitorizează consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, cu evidențe distincte pentru DCI-urile notate cu (**)¹, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

i) repartizează unităților de specialitate fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative în funcție de analiza indicatorilor fizici și de eficiență realizați comparativ cu cei prevăzuți, precum și de stocurile existente, analiză efectuată împreună cu coordonatorii județeni/coordonatorii unităților sanitare prin care se derulează programele naționale de sănătate curative;

j) publică pe site-ul propriu, pe fiecare program/subprogram/activitate, lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, precum și cu furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie, și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina de internet proprie și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, precum și contravaloarea medicamentelor eliberate, în limita valorii de contract; pentru

furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

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

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

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și altor asemenea sau investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/investigațiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană / Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord , 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 din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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 medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea 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/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul

prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor 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.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(3) Sumele încasate și evidențiate distinct pe fiecare furnizor la nivelul caselor de asigurări de sănătate ca urmare a aplicării sancțiunilor pentru nerespectarea obligațiilor prevăzute în contractele încheiate cu furnizorii se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(4) Reținerea sumelor conform alin. (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ.

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

(6) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre sancțiunile aplicate unităților sanitare cu paturi.

(7) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (2), au obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare de la încheierea contractelor, 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.

(8) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe pagina de internet proprie, lista unităților sanitare cu care se afla în relație contractuală pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative.

ART. 41

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

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

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

c) trimestrial și anual, întocmește un raport de analiză comparativă a indicatorilor prevăzuți față de cei realizați pe care îl transmite structurii cu atribuții în elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății;

d) transmite, trimestrial, anual și ori de câte ori este nevoie, structurii din cadrul Ministerului Sănătății cu atribuții în elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate indicatorii fizici și de eficiență ai programelor naționale de sănătate curative, precum și analiza comparativă a indicatorilor realizați față de cei prevăzuți;

e) colaborează cu comisiile de experți de la nivelul CNAS, precum și cu coordonatorii naționali desemnați prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative.

ART. 42

În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), constatate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), acestea vor fi comunicate prin publicare pe site-ul propriu la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă. Ordinul emis de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în condițiile art. 26 din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă.

CAPITOLUL VI

CONTROLUL DERULĂRII PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

ART. 43

Controlul derulării programelor naționale de sănătate curative se realizează de către structura de control a caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare și are în vedere verificarea respectării prevederilor legale și a obligațiilor contractuale de către furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sau care s-au aflat în relație contractuală cu acestea precum și verificarea serviciilor validate și raportate în baza contractelor încheiate.

ART. 44

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

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

ART. 45

Pentru anii 2022, respectiv 2023 controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie 2023, respectiv 15 februarie 2024.

CAPITOLUL VII

METODOLOGIA DE SELECȚIE A UNITĂȚILOR DE SPECIALITATE PENTRU INCLUDEREA ÎN PROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 46

Pentru includerea în programele naționale de sănătate curative selecția unităților de specialitate se va realiza astfel:

a) Unitățile sanitare care solicită includerea în programele naționale de sănătate curative depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă își desfășoară activitatea

cererea de includere în program, însoțită de chestionarul de evaluare completat aferent programului/subprogramului/activității pentru care se face solicitarea. Chestionarele de evaluare cuprind criteriile de includere în program/subprogram/activitate și modelele acestora sunt prevăzute în anexa nr. 16 la prezentele norme tehnice.

b) Casa de asigurări de sănătate va face verificarea îndeplinirii criteriilor cuprinse în chestionarul de evaluare prin vizită la sediul unității sanitare și pe baza documentelor puse la dispoziție de aceștia, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data la care cererea a fost depusă la casa de asigurări. În urma verificării, casa de asigurări de sănătate va aviza sau nu îndeplinirea criteriilor cuprinse în chestionar prin completarea cap. 5 din acesta.

c) Criteriile sunt obligatorii pentru includerea în programul/subprogramul/activitatea pentru care se face solicitarea.

d) Casa de asigurări de sănătate va comunica Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în termen de 5 zile lucrătoare de la data avizării chestionarului de evaluare pentru fiecare program/subprogram/activitate Lista unităților sanitare avizate pentru includere în program/subprogram/activitate;

e) Unitățile sanitare avizate depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă își desfășoară activitatea fundamentarea solicitării de finanțare. În urma analizei acesteia, casa de asigurări de sănătate va stabili necesarul de fonduri în concordanță cu structura organizatorică și dotarea unității sanitare și îl va transmite către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

f) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va include unitățile sanitare avizate în lista unităților care derulează programul/subprogramul, cu încadrarea în bugetul aprobat, precum și cu respectarea prevederilor art. 3 alin. (4) lit. c), după depunerea la Casa Națională de Asigurări de Sănătate a solicitărilor de finanțare de către casele de asigurări.

g) Pentru unitățile sanitare aflate la data de 31.03.2017 în relație contractuală pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate, care au fost evaluate, dar nu au îndeplinit toate criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare, acestea vor fi avizate, cu plan de conformare, de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică până la data de 31.12.2022. Neîndeplinirea criteriilor la data mai sus menționată duce la încetarea de drept a contractului și nu mai poate fi prelungit prin act adițional.

h) Avizarea unităților sanitare în baza criteriilor cuprinse în chestionarele de evaluare se menține pe durata valabilității actelor normative în vigoare, cu excepția situațiilor în care apar modificări în ceea ce privește îndeplinirea criteriilor din chestionarele de evaluare.

i) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 pct. II și cap. 3 se aplică unităților sanitare publice, potrivit dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății nr. 1.224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal.

Pentru unitățile sanitare private numărul de personal și modul de organizare și asigurare a continuității asistenței medicale sunt reglementate prin normele proprii de organizare și funcționare ale unității.

j) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 privind structura de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale se aplică unităților sanitare publice și private cu paturi, potrivit dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.

CAPITOLUL VIII

CREDITELE BUGETARE ȘI DE ANGAJAMENT AFERENTE PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE PENTRU AN 2022

Denumire program de sănătate	Credite de angajament an 2022	Credite bugetare pentru an 2022
Programul național de oncologie, din care:	3.630.675,00	3.200.781,00
<i>Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adulti si copii)*</i>	3.060.848,00	2.849.830,00
<i>Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET - CT</i>	15.224,00	28.616,00
<i>Subprogramul de reconstrucție mamara după afecțiuni oncologice prin endoprotezare</i>	508,00	522,00
<i>Subprogramul de diagnostic si de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara la copii si adulti</i>	3.885,00	3.404,00
<i>Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi (adulti si copii).</i>	550.189,00	318.392,00
<i>Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti</i>	21,00	17,00
Programul național de diabet zaharat	2.137.251,00	2.016.447,00
Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umana	51.579,00	56.209,00
Programul național de tratament pentru boli rare*	521.866,00	395.381,00
Programul național de tratament al bolilor neurologice*	152.075,00	137.595,00
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	187.675,00	170.310,00
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)	20.697,00	15.638,00
Programul național de boli endocrine	1.626,00	1.551,00
Programul național de ortopedie	92.905,00	78.424,00
Programul național de terapie intensiva a insuficienței hepatice	364,00	303,00
Programul național de boli cardiovasculare	336.113,00	195.532,00
Programul național de sănătate mintală	2.874,00	2.766,00
Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță, din care:	38.426,00	15.014,00
<i>Subprogramul de radiologie intervențională</i>	26.140,00	12.506,00
<i>Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos</i>	10.740,00	1.636,00
<i>Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil</i>	373,00	208,00
<i>Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular</i>	1.173,00	664,00

Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	1.365.322,00	1.223.436,00
Programul national de PET-CT	53.433,00	20.542,00
Total	8.592.881,00	7.529.929,00
Cost volum	1.433.139,00	1.400.569,00
Total General	10.026.020,00	8.930.498,00

*) Sumele nu includ valoarea creditelor de angajament și bugetare aferente contractelor cost-volum. Valoarea acestora este prevăzută distinct.

CAPITOLUL IX

STRUCTURA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE APROBATE PENTRU ANUL 2022 ȘI 2023, FINANȚATE DIN BUGETUL FONDULUI NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

PROGRAMUL NAȚIONAL DE BOLI CARDIOVASCULARE

Obiective:

- tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:
 - a) proceduri de cardiologie intervențională;
 - b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;
 - c) proceduri de chirurgie vasculară;
 - d) proceduri de cardiologie intervențională pentru malformațiile cardiace.

Activități:

- a) tratamentul bolnavilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional;
- b) tratamentul bolnavilor cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie;
- c) tratamentul bolnavilor cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a bolnavului;
- d) tratamentul bolnavilor cu aritmii complexe prin proceduri de ablație;
- e) tratamentul bolnavilor cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne;
- f) tratamentul bolnavilor cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeție < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă;
- g) tratamentul bolnavilor cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulți și copii);
- h) tratamentul bolnavilor cu anevrisme aortice prin tehnici hibride;
- i) tratamentul bolnavilor cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter;
- j) tratamentul bolnavilor cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung;
- k) tratamentul bolnavilor cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară;

l) tratamentul malformațiilor cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională.

Criterii de eligibilitate:

a) pentru proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale: bolnavi cu stenoze arteriale severe cu indicație de dilatare percutană;

b) pentru proceduri de electrofiziologie: bolnavi cu aritmii rezistente la tratamentul convențional;

c) pentru implantare de stimuloare cardiace: bolnavi cu bradiaritmii severe, cu indicații de implantare de stimuloare cardiace;

d) pentru tratamentul prin proceduri de ablație al bolnavilor cu fibrilație atrială, tahicardie atrială focală, flutter atrial atipic, extrasistole atriale și ventriculare, tahicardii ventriculare sau alte aritmii la care metodele de ablație convenționale nu au fost eficiente ori sunt considerate riscante. Ablația este indicată la acești bolnavi când tratamentul medicamentos sau prin alte mijloace nu a fost eficient, nu este tolerat ori nu este acceptabil de prima intenție conform ghidurilor actuale;

e) pentru implantare de defibrilatoare interne: bolnavi cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional; bolnavi cu risc crescut de moarte subită;

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

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

h) pentru tratamentul prin tehnici hibride: bolnavi cu anevrisme aortice cu acces vascular iliac sau femural adecvat, cu margine liberă nonanevrismală de cel puțin 1 cm de emergența arterelor renale și un diametru vascular cu 10 - 20% mai mic decât stentul disponibil de a fi implantat, cu anatomie favorabilă tratamentului endovascular (diametru peste 5 cm, diametru de 4 - 5 cm, dar care a crescut cu > 0,5 cm în ultimele 6 luni, diametru mai mare decât dublul calibrului aortei infrarenale, angulație mai mică a coletului anevrismal de 60°, diametru iliac > 7 mm sau care să permită introducerea unei teci de 19F, angulații ale arterelor iliace < 120°);

i) pentru tratamentul prin tehnici transcater: bolnavi cu stenoză aortică strânsă simptomatică, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical mare, conform analizei din partea echipei medico-chirurgicale și la care se consideră că se va putea îmbunătăți calitatea vieții, iar speranța de viață va fi > 1 an după efectuarea procedurii;

j) pentru tratamentul prin asistare mecanică a circulației pe termen lung: bolnavi cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal:

- bolnavi ce au contraindicații pentru transplantul cardiac sau ca terapie de așteptare "bridge to therapy" pentru transplant;

- bolnavi cu simptome severe și cu IC refractară la terapia convențională ce devin dependenți de terapia cu inotrope pozitive/vasopresoare > 14 zile sau dependenți de BCIA > 7 zile și care au o scădere semnificativă a funcției sistolice (FE VS < 25%);

- bolnavi la care $VO_2 < 14 \text{ ml/kg/min}$ sau mai puțin de 50% din valoarea standardizată în funcție de vârstă, sex și greutate;

- bolnavi la care indexul cardiac este < 2 l/min/m², în ciuda terapiei concomitente cu substanțe inotrope pozitive;

k) pentru proceduri de chirurgie vasculară: bolnavi cu afecțiuni vasculare cu indicație chirurgicală fără contraindicații majore;

l) pentru proceduri de cardiologie intervențională în tratamentul malformațiilor cardiace congenitale: bolnavi cu malformații congenitale ale adultului sau copilului, care pot fi rezolvate prin proceduri de cardiologie intervențională.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) numărul de bolnavi tratați prin proceduri de dilatare percutană/an: 13.889;
- b) numărul de bolnavi tratați prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 1.184;
- c) numărul de bolnavi tratați prin implantare de stimuloare cardiace/an: 5.726
- d) numărul de bolnavi cu aritmii complexe tratați prin proceduri de ablație/an: 598
- e) numărul de bolnavi tratați prin implantare de defibrilatoare interne/an: 834
- f) numărul de bolnavi tratați prin implantare de stimuloare de resincronizare cardiacă/an: 245
- g) numărul de bolnavi (adulti) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 4.379
- h) numărul de bolnavi cu aneurisme aortice tratați prin tehnici hibride/an: 140
- i) numărul de bolnavi cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, tratați prin tehnici transcateter/an: 736
- j) numărul de bolnavi cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal tratați prin asistare mecanică a circulației pe termen lung/an: 13
- k) numărul de bolnavi (copii) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 404
- l) numărul de bolnavi tratați prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 3.365
- m) numărul de copii cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de cardiologie intervențională/an: 106
- n) numărul de adulți cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de de cardiologie intervențională/an: 56

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav tratat prin dilatare percutană/an: 2.291 lei;
- b) cost mediu/bolnav tratat prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 6.397 lei;
- c) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator cardiac/an: 3.159 lei;
- d) cost mediu/bolnav cu aritmii complexe tratat prin proceduri de ablație/an: 17.852 lei;
- e) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de defibrilator intern/an: 13.317 lei;
- f) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator de resincronizare cardiacă/an: 8.691 lei;
- g) cost mediu/bolnav (adult) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 9.131 lei;
- h) cost mediu/bolnav cu aneurism aortic tratat prin tehnici hibride/an: 44.282 lei;
- i) cost mediu/bolnav cu stenoze aortice, declarat inoperabil sau cu risc chirurgical foarte mare, tratat prin tehnici transcateter/an: 102.406 lei;
- j) cost mediu/bolnav cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal tratat prin asistare mecanică a circulației pe termen lung/an: 421.157 lei;
- k) cost mediu/bolnav (copil) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 10.755 lei;
- l) cost mediu/bolnav tratat prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 910 lei;
- m) cost mediu/copil cu malformații cardiace congenitale tratat prin intervenții de cardiologie intervențională/an: 8.492-lei;
- n) cost mediu/adult cu malformații cardiace congenitale tratat prin intervenții de cardiologie intervențională/an: 11.156-lei.

Natura cheltuielilor programului:

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

Unități care derulează programul:**1) proceduri de dilatare percutană a stenzelor arteriale:**

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență București;
- d) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;

- e) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București;
- f) Spitalul Clinic de Urgență "Elias";
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- h) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- i) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- j) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- n) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- o) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- p) Clinicile ICCO Brașov;
- q) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- r) Spitalul Județean de Urgență Ploiești;
- s) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- ș) Societatea Comercială Clinica Polissano Sibiu;
- t) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- ț) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- u) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- v) Spitalul Județean de Urgență Satu Mare;
- x) Spitalul Județean de Urgență "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
- y) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- y) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- aa) S.C. Sanador - S.R.L. - București;
- ab) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" - Iași;
- ac) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Brașov;

2) proceduri de electrofiziologie a aritmiilor:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență București;
- d) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- k) Spitalul Clinic Colentina București;
- l) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- m) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- n) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- o) S.C. Sanador - S.R.L. - București.

3) implantare de stimulatoare cardiace:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență București;
- d) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

- f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- j) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București;
- k) Spitalul Clinic Colentina București;
- l) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- m) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- n) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- o) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- p) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- r) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- s) Clinicile ICCO Brașov;
- ș) Spitalul Județean de Urgență Ploiești;
- t) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- ț) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- u) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- v) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- w) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- x) Spitalul Universitar de Urgență Elias - București;
- y) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- z) S.C. Sanador - S.R.L. - București.

4) proceduri de ablație:

- a) Spitalul Clinic de Urgență București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- d) Spitalul Clinic Colentina București;
- e) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- f) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- g) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- i) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- j) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- k) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- l) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- n) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- o) S.C. Sanador - S.R.L. - București;

5) implantare de defibrilatoare interne:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență București;
- d) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- e) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;

- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- k) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- l) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- m) Spitalul Clinic Colentina București;
- n) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- o) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- p) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- r) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- s) S.C. Sanador - S.R.L. - București;
- ș) Spitalul Universitar de Urgență Elias;
- t) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- ț) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
- u) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea.

6) resincronizare cardiacă în insuficiența cardiacă severă:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență București;
- d) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- j) Spitalul Clinic Colentina București;
- k) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- l) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- m) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- n) S.C. Sanador - S.R.L. - București;
- o) Spitalul Universitar de Urgență Elias;
- p) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" București;
- q) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea.

7) proceduri de chirurgie cardiovasculară adulți:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- b) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- c) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- d) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- e) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- f) Spitalul Clinic de Urgență București;
- g) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- h) Spitalul Universitar de Urgență București;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- j) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- k) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- l) S.C. Sanador - S.R.L. - București;
- m) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- n) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;

o) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov.

8) 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";
- e) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
- f) Societatea Comercială Clinica Polissano Sibiu;
- g) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
- h) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara

9) proceduri prin tehnici hibride:

- a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
- b) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
- c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea;
- d) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
- e) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- f) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
- g) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- h) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- i) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
- j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara;
- k) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
- l) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
- m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
- n) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
- o) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
- p) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
- q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi.

10) proceduri prin tehnici transcater:

- a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
- b) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
- c) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
- d) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- e) SC Clinica Polissano SRL - Sibiu;
- f) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
- g) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- h) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
- i) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
- j) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
- k) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
- l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Oradea;
- m) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
- n) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti.

11) proceduri prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung:

- a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
- b) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- c) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
- d) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

12) proceduri de chirurgie vasculară:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- c) Spitalul Universitar de Urgență București;
- d) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București;
- e) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca - Secția clinică de chirurgie vasculară;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- j) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- m) Spitalul Județean de Urgență Brașov;
- n) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
- o) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- p) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- r) Spitalul Universitar de Urgență Elias;
- s) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- ș) S.C. Sanador - S.R.L. - București;
- t) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M.S. Curie" - București;
- ț) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- u) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Brașov;
- v) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București.

13) proceduri de cardiologie intervențională în tratamentul copiilor cu malformații cardiace congenitale:

- a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie";
- b) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- d) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- e) S.C. Sanador - S.R.L. - București.

14) proceduri de cardiologie intervențională în tratamentul adulților cu malformații cardiace congenitale:

- a) Spitalul Universitar de Urgență București;
- b) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București;
- c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- d) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- e) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- f) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - București;
- g) S.C. Sanador - S.R.L. - București;
- h) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- i) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" București;
- j) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE ONCOLOGIE**Obiective:**

- a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

- b) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- c) diagnosticul și monitorizarea leucemiilor acute la copii și adulți;
- d) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
- e) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii și adulți.

Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
2. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
3. Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți;
4. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
5. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.

Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adulți și copii)**Activități:**

- a) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu afecțiuni oncologice: citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste în spital și în ambulatoriu;
- b) asigurarea tratamentului specific cu terapii avansate CAR-T, în spital.

Criterii de eligibilitate:**1. Criterii de includere în subprogram:**

a) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste), în spital și în ambulatoriu, bolnavilor cu afecțiuni oncologice: după stabilirea diagnosticului de boală neoplazică și stadializarea extensiei tumorale, conform procedurilor recomandate de ghidurile și tratatele naționale și internaționale recunoscute;

b) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific cu terapii avansate CAR-T, în spital: bolnavi copii și adolescenți și bolnavi adulți tineri, cu vârsta cuprinsă până la 25 ani inclusiv, cu leucemie acută limfoblastică (LAL) cu celule B, refractar, în recădere posttransplant, în a doua recădere sau recăderi ulterioare, precum și bolnavi adulți cu limfom difuz, cu celulă mare de tip B, recidivant sau refractar (DLBCL), după două sau mai multe linii de terapie sistemică.

2. Criterii de excludere în subprogram:

a) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste), în spital și în ambulatoriu, bolnavilor cu afecțiuni oncologice: după epuizarea dozelor de citostatice recomandate sau a timpului de acordare a tratamentului sau la solicitarea bolnavului, după caz.

3. Criterii de reincludere în subprogram:

a) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste), în spital și în ambulatoriu, bolnavilor cu afecțiuni oncologice: la constatarea recidivei sau a progresiei bolii stabilizate, când bolnavul necesită reinstituirea tratamentului antineoplazic. Terapia cu CAR-T reprezintă o singură administrare.

Indicatori de evaluare:**1) indicatori fizici:**

a) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice pentru care se asigură tratamentul specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste), în spital și în ambulatoriu/an: 143.661;

b) număr de bolnavi cu terapie avansată CAR-T tratați/an: 20;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav cu afecțiuni oncologice pentru care se asigură tratamentul specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste), în spital și în ambulatoriu/an: 19.511 lei;

b) cost mediu/bolnav cu terapie avansată CAR-T tratat/an: 1.488.857,40 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere, inhibitori de osteoclaste), precum și pentru terapia avansată CAR-T.

Unități care derulează subprogramul:

1. tratamente specifice bolnavilor cu afecțiuni oncologice și onco-hematologice

a) unități sanitare care au în structură secții, compartimente, ambulatorii de specialitate sau cabinete medicale,

b) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;

c) farmacii cu circuit deschis;

2. terapie avansată CAR-T:

- Institutul Clinic Fundeni - București.

Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare

Activități:

- asigurarea endoprotezelor mamare pentru reconstrucția mamară după afecțiuni oncologice.

Criterii de eligibilitate:

Criterii de includere:

- evaluare oncologică de etapă, care să avizeze explicit indicația de reconstrucție mamară, imediată sau secundară

Criterii de excludere:

- protocol terapeutic oncologic ce nu permite efectuarea tratamentului reconstructiv;

- afecțiuni sistemice severe, care în urma evaluărilor interdisciplinare contraindică intervenția sau anestezia generală.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi tratați/an: 203;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat/an: 2.579 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului: endoproteze mamare pentru reconstrucția mamară

Unități care derulează subprogramul:

a) Spitalul Clinic de Urgență București;

b) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arsenie" București;

c) Spitalul Universitar de Urgență București;

d) Spitalul Clinic de Chirurgie Plastică, Reconstructivă și Arsuri "Steaua" București;

e) Spitalul Militar de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" București;

f) Spitalul Clinic de Urgență Sf. Ioan București;

g) Spitalul Universitar de Urgență Elias București;

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

i) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;

j) Spitalul Județean de Urgență Constanța;

k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;

l) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sfântul Spiridon" Iași;

- m) Spitalul Clinic Județean Oradea;
- n) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- o) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- p) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- q) Institutul Regional de Oncologie Iași;
- r) Spital Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila";
- s) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca.

Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți

Activități:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiei acute și pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute.

Criterii de includere:

a) diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiei acute:

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

b) monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute;

- bolnavi cu diagnostic de leucemie acută în tratament medicamentos.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute/an: 321;
- b) număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare/an: 766;
- c) număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH/an: 324;
- d) număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară/an: 509;
- e) număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin imunofenotipare/an: 524;
- f) număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen citogenetic și/sau FISH/an: 61;
- g) număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculară/an: 292.

NOTĂ:

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

2) indicatori de eficiență:

- a) tarif/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute (medulogramă și/sau examen citologic al frotiului sanguin, colorații citochimice): 201 lei;
- b) tarif/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 1.309 lei;

c) tarif/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH: 834,5 lei;

d) tarif/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 600 lei;

e) tarif/bolnav cu diagnostic de leucemie acută beneficiar de serviciu pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin imunofenotipare: 1.309 lei;

f) tarif/bolnav cu diagnostic de leucemie acută beneficiar de serviciu pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin examen citogenetic și/sau FISH: 834,5 lei;

g) tarif/bolnav cu diagnostic de leucemie acută beneficiar de servicii pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculară: 600 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiilor acute și pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Institutul Clinic Fundeni;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic Colțea București;
- d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- e) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;
- f) Institutul Regional de Oncologie Iași;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș.

Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi

Activități

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

Criterii de eligibilitate a bolnavilor oncologici:

a) criteriile de includere: bolnavi cu afecțiuni oncologice, la recomandarea comisiei medicale de indicație terapeutică formată din cel puțin un medic radioterapeut, un medic oncolog și medicul curant al bolnavului, putând face apel în funcție de caz la următoarele specialități: chirurgie, chirurgie oncologică, imagistică medicală, anatomopatologie;

b) criteriile de întrerupere: întreruperea tratamentului prin radioterapie poate fi propusă de către medicul radioterapeut curant comisiei de indicație terapeutică în următoarele situații: decizia bolnavului, evoluția bolii sub tratament, apariția de efecte secundare sau complicații acute ale tratamentului care pun în pericol viața bolnavului, evoluția la distanță a bolii în timpul radioterapiei.

Indicații 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 condiții ideale (constante electrice, filtrare, geometria fasciculelor), tumori semiprofunde și profunde;

b) Radioterapie cu accelerator liniar 2D - tratamente paliative sau simptomatice, tratamente cu intenție curativă la bolnavi selecționați (pelvis prin tehnica "box", cancer mamar, cancere ORL - ex. cancer laringian operat);

c) Radioterapie cu accelerator liniar 3D - tratamente cu intenție curativă, paliative sau tratamente simptomatice la bolnavi selecționați - speranța de viață neafectată de patologie asociată, tumori cerebrale, iradieri profilactice;

d) IMRT - tratamentul radiologic în cancerle ORL, cancerul prostatei, iradierea recidivelor sau a tumorilor după "geographic miss", în toate situațiile în care se poate documenta o distribuție mai bună a dozei față de iradierea 3D conformațională - tumori cerebrale sau ale sistemului nervos central (ex. iradiere cranio-spinală), iradiere după intervenții limitate în cancerul mamar, la bolnave cu sâni mari, iradierea peretelui toracic după mastectomie, cancer esofagian, cancer pulmonar cu intenție curativă, cancer al canalului anal, cancerul traheei, radioterapie pediatrică;

e) Brahiterapie:

a. Brahiterapie intracavitară - iradiere exclusivă sau suplimentarea dozei în cancerle colului și corpului uterin, iradiere paliativă endobronșică sau esofagiană, cancer ale rinofaringelui accesibile, pentru suplimentarea dozei sau iradierea paliativă a recidivelor, cancerul foselor nazale, cancerul conductului auditiv extern, tumori ale vaginului, rectului și anusului;

b. Brahiterapie interstițială - cancerul canalului anal, cancerul sânelui, cancerul prostatei, cancerul pleoapei, sarcoame, tumori superficiale;

c. Brahiterapie de contact - folosește aplicatori speciali, pentru tumori cutanate sau superficiale.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu ortovoltaj/an: 113;

b) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an: 255;

c) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an: 3.856;

d) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie IMRT/an: 18.972;

e) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin brahiterapie/an: 1.790-

2) indicatori de eficiență:

a) tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj: 29 lei

b) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 lei;

c) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 lei

d) tarif/serviciu de radioterapie IMRT: 640 lei;

e) tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului

- cuprinde toate cheltuielile necesare realizării serviciilor de radioterapie, inclusiv serviciile efectuate sau documentele eliberate în strânsă legătură și în vederea efectuării serviciului medical respectiv.

Unități care derulează subprogramul:

a) unitățile sanitare publice cu structuri de profil;

b) unități sanitare private autorizate/avizate și evaluate în condițiile legii;

c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie care au structuri de profil.

Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți

Activități:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de tumori solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru neuroblastom/an: 9;
- b) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru sarcom Ewing/an: 13.

2) indicatori de eficiență:

- a) tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru neuroblastom: 701 lei;
- b) tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru sarcom Ewing: 701 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom).

Unități care derulează subprogramul

- a) Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș” București;
- b) Institutul Oncologic „Prof. Dr. I. Chiricuță” Cluj-Napoca.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT AL SURDITĂȚII PRIN PROTEZE AUDITIVE IMPLANTABILE

Activități:

1) Reabilitarea auditivă prin implant cohlear și implant auditiv de trunchi cerebral:

- 1.1. **Sisteme de implant cohlear** (componentă internă și procesor de sunet extern);
- 1.2. **Componente interne pentru implant cohlear**
- 1.3. **Sisteme de implant auditiv de trunchi cerebral** (componentă internă și procesor de sunet extern);
- 1.4. **Componente interne pentru implant auditiv de trunchi cerebral.**

Criteriile de eligibilitate (sunt valabile pentru fiecare ureche în parte; gradul hipoacuziei se stabilește conform criteriilor BIAP: Rec_02-1_Audiometric Classification of Hearing Impairments):

1.1. Sisteme de implant cohlear (tipul de implantare - uni- sau bilaterală, simultană sau secvențială, la copil sau la adult - este stabilit de echipa de implant în funcție de specificul fiecărui bolnav):

1.1.a) Copii (până la împlinirea vârstei de 18 ani) – eligibilitatea cumulează criteriile de vârstă și criteriile audiologice

***Criteriul vârstei de implantare:**

1.1.a.1. În surditatea prelinguală cu indicații audiometrice pentru implant cohlear, implantarea trebuie să se facă cât mai devreme posibil pentru rezultate cât mai rapide și mai bune în înțelegerea și dezvoltarea vorbirii; implantarea tardivă reduce șansele unei bune reabilitări;

1.1.a.2. În surditatea profundă congenitală, implantarea cohleară după vârsta de 6 ani împliniți nu este indicată decât în cazuri particulare: copil sau adolescent motivat, cu așteptări realiste, integrat în comunicarea orală, școlarizat în învățământ de masă sau cu perspective foarte probabile de integrare în școală normală și în comunicarea auditiv-verbală sau cazurile cu multihandicap (de ex. surdocecitate) cu performanțe previzibil limitate, dar care pot reprezenta singura interacțiune senzorială cu mediul extern.

1.1.a.3. În surditatea de cauză meningitică, implantarea cohleară este considerată o urgență din cauza posibilei osificări cohleare.

****Criterii audiologice:**

1.1.a.4. În hipoacuzia profundă implantarea cohleară este indicată dacă câștigul protetic cu proteză convențională nu poate garanta audição sunetelor pentru o bună dezvoltare a limbajului.

1.1.a.5. În hipoacuzia severă progresivă sau brusc instalată la copilul cu limbaj dezvoltat, implantarea cohleară se poate face pentru cazurile cu discriminare vocală sub 60% la 60 dB în audiometrie vocală în câmp liber efectuată pe urechea interesată, în cea mai bună condiție de protezare auditivă convențională, în liniște, folosind cuvinte bisilabice – liste adaptate vârstei dintr-un

material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs); pentru copiii fără limbaj achiziționat, dacă se dovedește că în cea mai bună condiție de protezare auditivă, cu sprijin adecvat logopedic, copilul nu prezintă achiziții conform așteptărilor în înțelegerea și în dezvoltarea limbajului cu impact sever asupra dezvoltării psiho-cognitive.

1.1.a.6. În hipoacuzia fluctuantă, implantarea cohleară este indicată dacă condițiile de mai sus sunt atinse de mai multe ori, astfel încât există un impact sever asupra învățării limbajului/comunicării.

1.1.a.7. Hipoacuziile din cadrul spectrului bolilor neuropatiei auditive (cu elemente clare de diagnostic) pot beneficia de implantare cohleară, pe lângă formele profunde, și pentru formele medii și severe dacă se dovedește că în cea mai bună condiție de protezare auditivă, cu sprijin adecvat logopedic, copilul nu prezintă achiziții conform așteptărilor în înțelegerea și în dezvoltarea limbajului, existând un impact sever asupra dezvoltării psiho-cognitive.

1.1.a.8. Criteriile cumulative de vârstă și audiologice se adresează și cazurilor cu surditate unilaterală (cu auz normal sau aproape normal pe urechea contralaterală).

1.1.b) Adulți (după împlinirea vârstei de 18 ani)

***Criteriul vârstei de implantare:**

1.1.b.1. Indicația implantării cohleare la bolnavul adult nu are limită de vârstă.

1.1.b.2. În general, la adultul cu hipoacuzie profundă sau severă prelinguală, care nu a beneficiat de reabilitare auditiv verbal și nu este ancorat în comunicarea orală, nu se indică implantarea cohleară; pot face excepții cazurile cu multihandicap (de ex. surdo-cecitate) în care audiția sunetelor prin implant cohlear (fără performanță în comunicarea verbală) poate reprezenta singura posibilitate de ancorare senzorială a bolnavului în mediul de viață; în aceste cazuri implantarea se va limita la o singură ureche.

1.1.b.3. La bolnavii în vârstă, implantarea cohleară este indicată bolnavilor motivați, la care se exclude o suferință psiho-cognitivă.

****Criterii audiologice:**

1.1.b.4. În hipoacuzia cu discriminare vocală sub 60% la 60 dB în audiometrie vocală în câmp liber efectuată pe urechea interesată, în cea mai bună condiție de protezare auditivă convențională, în liniște, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs);

1.1.b.5. În hipoacuzia fluctuantă, implantarea cohleară este indicată dacă fluctuațiile de auz sunt frecvente și ating limitele mai sus menționate având un impact major asupra desfășurării activității/comunicării.

1.1.b.6. Criteriile cumulative de vârstă și audiologice se adresează și cazurilor cu surditate unilaterală (cu auz normal sau aproape normal pe urechea contralaterală).

1.2. Componente interne pentru implant cohlear:

1.2.a) Bolnavi care au beneficiat de implant cohlear, la care componenta internă trebuie înlocuită deoarece s-a defectat după perioada de garanție;

1.2.b) Bolnavi la care apar complicații medicale (infecții locale, traumatisme etc) care impun explantarea și înlocuirea componentei interne (înainte sau după expirarea perioadei contractuale de garanție).

1.3. Sisteme de implant auditiv de trunchi cerebral (componentă internă și procesor de sunet extern)- (tipul de implantare - **unilaterală**, la copil sau la adult)

1.3.a) Pentru reabilitarea auzului bolnavilor cu surditate profundă bilaterală pentru care nu există alternative de reabilitare auditivă (nu pot beneficia de implant cohlear);

1.3.b) La copilul cu hipoacuzie profundă bilaterală congenitală sub 6 ani la care implantarea cohleară nu poate fi efectuată sau nu poate aduce beneficii pe nici o ureche: malformații severe cohleare bilaterale sau malformații/agenezie bilaterală de nerv cohlear, osificare labirintică bilaterală, neuropatie axonală severă bilaterală;

1.3.c) La adult sau copil cu hipoacuzie profundă bilaterală dobândită: osificare cohleară bilaterală (posttraumatică sau infecțioasă), tumori de fosă posterioară care compromit nervul cohlear bilateral (schwannom vestibular în cadrul neurofibromatozei tip II).

1.4. Componente interne pentru implant auditiv de trunchi cerebral: Pentru înlocuire la bolnavii la care acestea se defectează după perioada de garanție sau la care apar complicații medicale care impun înlocuirea înainte sau după expirarea perioadei contractuale de garanție.

2) Reabilitarea auditivă prin proteze de ureche medie pasive;

Criteriile de eligibilitate

2.1. Recuperarea hipoacuziilor de transmisie și mixte prin reconstrucția chirurgicală a sistemului timpano-otic folosind proteze parțiale sau totale la bolnavii cu sechele otice infecțioase, tumorale, posttraumatice sau degenerative și la cei cu patologie malformativă.

3) Reabilitarea auditivă prin proteze cu ancorare osoasă cu implant inactiv:

3.1. Sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu implant inactiv (implant osteointegrat și procesor de sunet extern)

Criteriile de eligibilitate (sunt valabile pentru fiecare ureche în parte; gradul hipoacuziei se stabilește conform criteriilor BIAP: Rec_02-1_Audiometric Classification of Hearing Impairments); tipul de implantare, uni sau bilaterală, simultană sau secvențială - este stabilit de echipa de implant în funcție de specificul fiecărui bolnav.

3.1.1. Hipoacuzie de transmisie sau mixtă (praguri pe cale aeriană de cel puțin 30 dB cu diferență aer/os de cel puțin 30 dB), care nu poate beneficia de soluție chirurgicală reparatorie și pentru care protezarea convențională pe cale aeriană sau osoasă nu este eficientă sau este imposibilă (otite externe cronice, otite medii cronice supurate/colesteatomatoase cu acutizări frecvente, cavități de evidare, malformații de ureche externă, stenoze de conduct auditiv extern);

3.1.2. Rezervă cohleară a urechii bolnave de cel mult 60 dB pe fiecare frecvență; pragurile auditive osoase trebuie să fie stabile; la bolnavii cu hipoacuzii rapid progresive și cu praguri auditive osoase la limita indicației nu se recomandă această soluție;

3.1.3. Hipoacuzii neuro-senzoriale unilaterale cel puțin severe sau profunde (pentru stimulare contralaterală), cu condiția unui prag auditiv în conducere osoasă normal sau subnormal pe urechea contralaterală de stimulat, de maxim 30 dB);

3.1.4. Aceste sisteme vor fi accesibile din programul național numai în varianta implantabilă; stimularea pe cale osoasă pentru copiii mici înainte de momentul optim pentru intervenția chirurgicală se va face prin proteze convenționale cu vibrator osos.

3.2. Înlocuirea implantului inactiv osteointegrat.

Criteriile de eligibilitate:

3.2.1. Bolnavii la care apar situații/complicații medicale care impun înlocuirea implantului inactiv osteointegrat: infecții cutanate cronice în zona implantului osteointegrat, eșecul osteointegrării implantului; leziuni posttraumatice;

3.2.2. Bolnavi la care implantul devine prea mic prin dezvoltarea craniului și a planului musculo-cutanat – necesită înlocuirea cu un implant mai mare.

4) Reabilitarea auditivă prin proteze cu ancorare osoasă cu componentă internă activă:

4.1. Sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu componentă internă activă (componentă internă și procesor de sunet extern):

Criteriile de eligibilitate (sunt valabile pentru fiecare ureche în parte; gradul hipoacuziei se stabilește conform criteriilor BIAP: Rec_02-1_Audiometric Classification of Hearing Impairments); tipul de implantare, uni sau bilaterală, simultană sau secvențială - este stabilit de echipa de implant în funcție de specificul fiecărui bolnav.

4.1.1. Pentru protezele cu ancorare osoasă a părții active la nivel temporal submusculocutanat:

- a) Hipoacuzii de transmisie sau mixte (cu praguri pe cale aeriană de cel puțin 30 dB cu diferență aer/os de cel puțin 30 dB), sau hipoacuzii neuro-senzoriale cu praguri în conducere osoasă de cel mult 45 dB sau 55 dB pe fiecare frecvență (valoare a pragului de care depinde alegerea tipului de proteză), hipoacuzii care nu pot beneficia de soluție chirurgicală reparatorie și pentru care protezarea convențională pe cale aeriană sau osoasă nu este eficientă sau este imposibilă (otite externe cronice, otite medii cronice supurate/colesteatomatoase cu acutizări frecvente, cavități de evidare, malformații de ureche externă, stenoze de conduct auditiv extern), bolnavi la care se evită implantele transcutanate.
- b) Discriminare vocală de cel puțin 50% la cel mai confortabil nivel de stimulare pe cască osoasă efectuată pe urechea interesată, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs);
- c) Pragurile auditive osoase trebuie să fie stabile; la bolnavii cu hipoacuzii rapid progresive și cu praguri auditive osoase la limita indicației nu se recomandă aceste soluții.

4.1.2. Pentru protezele cu ancorare osoasă a părții active la nivel temporal submusculocutanat pentru stimulare contralaterală: hipoacuzii neuro-senzoriale unilaterale cel puțin severe sau profunde (pentru stimulare contralaterală), cu condiția unui prag auditiv în conducere osoasă normal sau subnormal pe urechea contralaterală de stimulat).

4.1.3. Pentru protezele cu ancorarea părții active în urechea medie destinate hipoacuziei neurosenzoriale:

- a) Hipoacuzie neuro-senzorială ușoară, moderată sau severă cu praguri în conducere aeriană stabile, de maximum 60 dB pe 500 Hz, 65 dB pe 1000 Hz, 75 dB pe 2000 Hz și 80 dB pe 4000 Hz;
- b) Discriminare vocală peste 50% la cel mai confortabil nivel de stimulare pe căști aeriene efectuată pe urechea interesată, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs)
- c) Absența patologiei infecțioase de ureche medie; vârsta peste 5 ani; absența leziunilor auditive retrocochleare sau centrale.

4.1.4. Pentru protezele cu ancorarea părții active în urechea medie destinate hipoacuziilor de transmisie sau mixte:

- a) Hipoacuzie de transmisie sau mixtă, moderată sau severă cu praguri în conducere osoasă stabile, de maximum 40 dB pe 500 Hz, 45 dB pe 1000 Hz, 55 dB pe 2000 Hz și 55 dB pe 4000 Hz;
- b) Discriminare vocală peste 50% la cel mai confortabil nivel de stimulare pe cască osoasă efectuată pe urechea interesată, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs); absența patologiei infecțioase de ureche medie; vârsta peste 5 ani; absența leziunilor auditive retrocochleare sau centrale.

4.2. Înlocuirea componentei interne active a protezei cu ancorare osoasă.

Criteriile de eligibilitate:

- 4.2.1. Bolnavii la care componenta internă activă se defectează după perioada de garanție sau la care apar complicații medicale care impun înlocuirea înainte sau după perioada contractuală de garanție;
- 4.2.2. Bolnavi cu necroza cutanată sau infecții la locul implantului.

5) Înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii cu implant cohlear sau la cei cu implant auditiv de trunchi cerebral din motive de uzură fizică și pentru a asigura bolnavului performanța auditivă optimă

Criteriile de eligibilitate:

- a) procesor de sunet (partea externă) care a împlinit 7 ani de funcționare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură parametrii optimi de funcționare;
- b) procesor de sunet (partea externă) care s-a defectat după ieșirea din perioada de garanție și nu mai poate fi reparat conform raportului de service din partea departamentului de service al producătorului, care atestă imposibilitatea reparării.

6) Înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii cu proteze implantabile cu ancorare osoasă cu implant inactiv sau cu componentă internă activă din motive de uzură fizică și pentru a asigura bolnavului performanța auditivă optimă

Criteriile de eligibilitate:

a) procesor de sunet care a împlinit 5 ani de funcționare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură parametrii optimi de funcționare;

b) procesor de sunet care s-a defectat după ieșirea din perioada de garanție și nu mai poate fi reparat, conform raportului de service din partea departamentului de service al producătorului, care atestă imposibilitatea reparării;

c) procesor de sunet care nu mai asigură auzul datorită formei progresive/evolutive a hipoacuziei; deteriorarea rezervei cohleare (a pragurilor auditive în conducerea osoasă) care devine nestimulabilă prin procesorul purtat de bolnav, dar permite stimularea prin schimbarea tipului de procesor cu unul cu amplificare superioară.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de implanturi cohleare și implanturi auditive de trunchi cerebral/an: 162;
- b) număr de proteze de ureche medie pasive/an: 150
- c) număr de proteze auditive cu ancorare osoasă cu implant inactiv /an: 22;
- d) număr de proteze auditive cu ancorare osoasă cu componentă internă activă /an: 10
- e) număr procesoare de sunet (partea externă)/an pentru implanturi cohleare și implanturi de trunchi cerebral: 97;
- f) număr procesoare de sunet (partea externă)/an pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă cu implant inactiv sau cu componentă internă activă: 41.

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/implant cohlear și de trunchi cerebral/an: 95.437 lei;
- b) cost mediu/proteză de ureche medie pasivă /an: 1.854 lei;
- c) cost mediu/proteză auditivă cu ancorare osoasă cu implant inactiv /an: 27.278 lei;
- d) cost mediu/proteză auditivă cu ancorare osoasă cu componentă internă activă /an: 44.336 lei;
- e) cost mediu/procesor de sunet (partea externă)/an pentru implanturi cohleare sau implanturi de trunchi cerebral: 32.238 lei;
- f) cost mediu/procesor de sunet (partea externă)/an pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă cu implant inactiv sau cu componentă internă activă: 21.000 lei;

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli cu materiale specifice: sisteme de implant cohlear (componentă internă și procesor de sunet extern), componente interne pentru implant cohlear, sisteme de implant auditiv de trunchi cerebral (componentă internă și procesor de sunet extern), componente interne pentru implant auditiv de trunchi cerebral, proteze de ureche medie pasive, sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu implant inactiv (implant osteointegrat și procesor de sunet extern), implant pasiv osteointegrat pentru înlocuire, sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu implant activ (componentă internă și procesor de sunet extern), componenta internă activă a protezei cu ancorare osoasă, procesoare de sunet (partea externă) pentru implanturi cohleare, procesor de sunet (partea externă) pentru proteze auditive implantabile cu ancorare osoasă.

Unități care derulează programul:

- a) Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională O.R.L. "Prof. Dr. Dorin Hociotă";
- b) Spitalul Clinic Municipal Timișoara;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- d) Spitalul Clinic de Recuperare Iași;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

- f) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie";
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- h) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- i) Spitalul Clinic de copii "Dr. Victor Gomoiu" București.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE DIABET ZAHARAT

Obiective:

- a) monitorizarea diabetului zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c;
- b) asigurarea tratamentului medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat inclusiv a dispozitivelor medicale specifice (pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei și materiale consumabile pentru acestea);
- c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat (teste de automonitorizare glicemică și sisteme de monitorizare continuă a glicemiei).

Structură:

- 1. Subprogramul de diabet zaharat tip 1;
- 2. Subprogramul de diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat: tipuri specifice și diabet gestațional.

Subprogramul de diabet zaharat tip 1

Activități:

- 1. evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat de tip 1 prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c;
- 2. asigurarea tratamentului cu insulină bolnavilor cu diabet zaharat tip 1;
- 3. asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării persoanelor cu diabet zaharat tip 1;
- 4. asigurarea sistemelor de monitorizare glicemică continuă și a consumabilelor pentru acestea, în vederea automonitorizării bolnavilor cu diabet zaharat tip 1;
- 5. asigurarea accesului la pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea;
- 6. asigurarea sistemelor de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei și a materialelor consumabile pentru acestea.

Criterii de eligibilitate

- 1. Activitatea 1:** bolnavi cu diabet zaharat tip 1, la recomandarea medicului specialist în diabet, nutriție și boli metabolice, a medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, a medicilor desemnați sau a medicilor de familie.
- 2. Activitatea 2:** bolnavi cu diabet zaharat tip 1 care necesită tratament pe o durată nedefinită cu insulină.
- 3. Activitatea 3:** pentru bolnavii cu diabet zaharat tip 1, la recomandarea medicului curant de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice sau a medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, în funcție de vârsta bolnavului și modalitatea de injectare a insulinei:
 - a) până la 400 teste/3 luni copil cu diabet zaharat tip 1;
 - b) până la 200 teste/3 luni pentru bolnavul adult cu diabet zaharat tip 1;
 - c) până la 100 teste/3 luni pentru bolnavul cu diabet zaharat tip 1 automonitorizat cu sistem de monitorizare continuă a glicemiei sau cu pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuăDecizia de a reduce numărul sau a întrerupe acordarea testelor de automonitorizare la bolnavii incluși în Subprogramul de diabet zaharat tip 1 aparține medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice sau a medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli

metabolice când constată lipsa de aderență a bolnavului la monitorizarea bolii și controlul medical de specialitate.

4. Activitatea 4: bolnavii cu diabet zaharat tip 1 care pot beneficia de **sisteme de monitorizare glicemică continuă** și consumabile pentru acestea:

a) copii cu diabet zaharat tip 1 cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și bolnavele gravide cu diabet zaharat tip 1;

b) bolnavi cu diabet zaharat tip 1, cu vârsta peste 18 ani, care îndeplinesc cel puțin două din următoarele criterii de eligibilitate:

b1) bolnavi la care nu se poate realiza controlul glicemic la țintele propuse (hemoglobina glicozilată HbA1C% < 7%) prin insulinoterapie intensivă corect administrată, fie prin injecții multiple de insulină, fie prin folosirea unei pompe de insulină;

b2) bolnavi care prezintă hipoglicemii frecvente documentate sau hipoglicemii grad 2, documentate (minimum două/trimestru). Hipoglicemia grad 2 este definită la o valoare < 54 mg/dl;

b3) bolnavi care prezintă hipoglicemii grad 2 nocturne documentate (minimum două/trimestru);

b4) bolnavi care prezintă cel puțin o complicație cronică specifică a diabetului zaharat, documentată medical;

b5) bolnavi care au fost tratați cu injecții multiple de insulină în regim bazal-bolus sau care beneficiază de pompe de insulină fără sisteme de monitorizare glicemică continuă;

c) categoriile de bolnavi de la lit. a) și b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerințe:

c1) aderență la monitorizarea bolii și control: autoîngrijire, automonitorizare și autoajustarea dozelor de insulină;

c2) motivație și complianță la tratament - consimțământ informat.

Criterii de întrerupere:

a) lipsa de aderență sau aderență necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii și controlul medical de specialitate pe parcursul utilizării sistemului de monitorizare glicemică continuă. Aceasta se definește ca fiind utilizarea sistemului de monitorizare glicemică continuă mai puțin de 75%/lună;

b) automonitorizarea cu sistem de monitorizare glicemică continuă nu își dovedește eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau crește față de nivelul HbA1c anterior inițierii automonitorizării cu sistem de monitorizare glicemică continuă;

c) și/sau lipsa de ameliorare a variabilității glicemice. Variabilitatea glicemică este definită ca un cumul de 4 parametri: amplitudine, frecvență, durată și fluctuație glicemică, aceștia fiind măsurați automat de sistemul de monitorizare glicemică continuă. Coeficientul de variație (CV) glicemică optim este considerat a fi $\leq 36\%$, iar un CV $> 36\%$ este considerat inadecvat;

d) și/sau lipsa reducerii numărului de episoade hipoglicemice. Prezența episoadelor de hipoglicemie gradul 2 sau 3 diurne, precum și nocturne, minimum două episoade hipoglicemice în ultimele 14 zile;

e) refuzul scris al bolnavului/părinților sau tutorilor legal instituți, după caz, de a mai fi beneficiarul sistemului de monitorizare glicemică continuă;

f) lipsa capacității și abilității de a înțelege și de a folosi corect sistemul de monitorizare glicemică continuă.

NOTĂ

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate și a cerințelor obligatorii sunt verificate și confirmate de medicul curant care face recomandarea și care monitorizează bolnavul.

2. Decizia privind întreruperea utilizării unui sistem de monitorizare glicemică continuă, de către un bolnav, aparține medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, care monitorizează bolnavul.

3. Bolnavii care dețin din resurse proprii sisteme de monitorizare glicemică continuă beneficiază de consumabilele aferente, cu condiția ca dispozitivele medicale și consumabilele lor să fie rambursate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea indicatorilor de eficiență aferenți acestei activități.

5. Activitatea 5: bolnavii cu diabet zaharat tip 1 care pot beneficia de pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea:

- a) copiii cu diabet zaharat tip 1 cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și bolnavele gravide cu diabet zaharat tip 1;
- b) bolnavi cu diabet zaharat tip 1, cu vârsta peste 18 ani, la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie cu multiple injecții corect aplicată;
- c) categoriile de bolnavi de la lit. a) și b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerințe:
 - c1) aderență la monitorizarea bolii și control: autoîngrijire, automonitorizare și autoajustarea dozelor de insulină;
 - c2) motivație și complianță la tratament - consimțământ informat;
 - c3) capacitate și abilități de utilizare a pompei.

Criterii de întrerupere:

- a) lipsa de aderență sau aderența necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii și control medical de specialitate pe parcursul utilizării pompei;
- b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu își dovedește eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau crește comparativ cu terapia anterioară cu injecții multiple de insulină.

NOTĂ:

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate și a cerințelor obligatorii sunt verificate și confirmate de medicul curant care face recomandarea și care monitorizează bolnavul.
2. Decizia privind întreruperea utilizării unei pompe de insulină, de către un bolnav, aparține medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, care monitorizează bolnavul.
3. Bolnavii care au achiziționat din resurse proprii pompe de insulină beneficiază de consumabilele aferente cu condiția ca dispozitivele medicale și consumabilele lor să fie rambursate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea indicatorilor de eficiență aferenți acestei activități.

6. Activitatea 6: bolnavii cu diabet zaharat tip 1 care pot beneficia de sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei și materiale consumabile pentru acestea, care îndeplinesc una dintre condițiile prevăzute la lit. a) și b):

- a) bolnavi cu diabet zaharat de tip 1 cu sisteme de monitorizare continuă a glicemiei și CV (coeficient de variație) > 36%;
- b) bolnavi cu diabet zaharat tip 1 cu sisteme de monitorizare continuă a glicemiei care prezintă cel puțin o complicație cronică specifică a diabetului zaharat, documentată medical;
- c) categoriile de bolnavi de la lit. a) și b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerințe:
 - c1) aderență la monitorizarea bolii și control: autoîngrijire, automonitorizare și autoajustarea dozelor de insulină;
 - c2) motivație și complianță la tratament - consimțământ informat;
 - c3) capacitate și abilități de utilizare a pompei și senzorilor.

Criterii de întrerupere:

- a) lipsa de aderență sau aderența necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii și control

medical de specialitate pe parcursul utilizării sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei; Aceasta se definește ca fiind utilizarea sistemului mai puțin de 75%/lună;

b) utilizarea sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei nu își dovedește eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau crește comparativ cu terapia anterioară utilizării sistemului

c) refuzul bolnavului/părinților sau tutorilor legal instituți, după caz, de a mai fi beneficiarul sistemului de pompă de insulină cuplată cu sistem de monitorizare glicemică continuă.

NOTĂ:

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate și a cerințelor obligatorii sunt verificate și confirmate de medicul curant care face recomandarea și care monitorizează bolnavul.

2. Bolnavii, beneficiari anterior de pompă de insulină din Subprogramul național de diabet zaharat tip 1, vor fi eligibili pentru sistemul de pompă de insulină cu sistem de monitorizare continuă glicemică doar în condițiile în care nu dețin o pompă de insulină, funcțională, eliberată de mai puțin de 3 ani și 6 luni.

3. Decizia, pentru un bolnav, privind întreruperea utilizării sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare glicemică continuă aparține medicului curant specialist în diabet, nutriție și boli metabolice/sau pediatru/cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, care monitorizează bolnavul.

4. Bolnavii care dețin din resurse proprii sistem de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, beneficiază de consumabilele aferente cu condiția ca dispozitivele medicale și consumabilele lor să fie rambursate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea indicatorilor de eficiență aferenți acestei activități.

Bolnavii eligibili sau părinții/tutorii legal instituți, după caz, în vederea montării de sisteme de monitorizare glicemică continuă, pompe de insulină fără sisteme de monitorizare glicemică incluse și sistem de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei au obligația de a semna un consimțământ informat privind drepturile și obligațiile beneficiarului (anexa nr 12[^]3).

Refuzul de a semna consimțământul informat are drept consecință neacordarea de sisteme de monitorizare glicemică continuă, pompe de insulină sau sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei.

Subprogramul de diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat: tipuri specifice și diabet gestațional

Activități:

- 1) evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c;
- 2) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat inclusiv a categoriilor de bolnavi menționate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- 3) asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării bolnavilor cu diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat insulinotratat;
- 4) asigurarea accesului la pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea;
- 5) asigurarea accesului la sisteme de monitorizare glicemică continuă pentru bolnavii cu diabet gestațional insulinotratat.

Criterii de eligibilitate:

1. Activitatea 1: bolnavi cu diabet zaharat, la recomandarea medicului specialist în diabet, nutriție și boli metabolice, a medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, a medicilor desemnați sau a medicului de familie.

2. Activitatea 2:

a) bolnavi cu diabet zaharat tip 2, diabet gestațional și alte tipuri de diabet zaharat, care necesită tratament temporar sau pe o durată nedefinită cu insulină:

a.1) atunci când, sub tratamentul maximal cu antidiabetice non-insulinice (antidiabetice orale și/sau antidiabetice injectabile noninsulinice) și cu respectarea riguroasă a dietei, hemoglobina glicozilată HbA1c depășește 7% sau depășește ținta individualizată;

a.2) când tratamentul cu antidiabetice orale și/sau antidiabetice injectabile non-insulinice este contraindicat;

a.3) intervenție chirurgicală;

a.4) infecții acute;

a.5) infecții cronice (de exemplu, TBC pulmonar);

a.6) evenimente cardiovasculare acute (infarct miocardic acut, angină instabilă, AVC);

a.7) alte situații (intoleranță digestivă, stres);

a.8) bolnave cu diabet gestațional;

b) bolnavii beneficiari de medicamente: antidiabetice non-insulinice, insulina cu antidiabetice non-insulinice:

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

b.2) bolnavi cu diabet zaharat nou-descoperit cu glicemia a jeun > 126 mg/dl și hemoglobina glicozilată HbA1c \geq 6,5%;

b.3) categoriile de bolnavi menționate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru tratamentul cu DCI Metforminum.

3. Activitatea 3: automonitorizarea la bolnavii cu diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat insulinotratați, la recomandarea medicului de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice sau a medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice:

-până la 100 teste/3 luni pentru bolnavul tratat cu insulinoterapie în prize multiple, cu insulinoterapie convențională sau tratament mixt, respectiv insulina cu antidiabetice non-insulinice;

NOTĂ: Decizia de a reduce numărul sau de a întrerupe acordarea testelor de automonitorizare la bolnavii incluși în Subprogramul de diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat aparține medicului de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice sau medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice când constată lipsa de aderență a bolnavului la monitorizarea bolii și controlul medical de specialitate.

4. Activitatea 4: bolnavii cu diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat, insulinotratați, care pot beneficia de pompe de insulină:

a) bolnavi cu diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat, insulinotratați cu cel puțin 4 prize de insulină, aflați în tratament permanent cu insulină;

b) bolnavi cu diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat, insulinotratați cu cel puțin 4 prize de insulină, aflați în tratament temporar cu insulină:

b.1) diabet zaharat gestațional sau gravide cu diabet zaharat și insulinoterapie cu cel puțin 4 prize de insulină;

b.2) orice tip de diabet zaharat, insulinotratat cu cel puțin 4 prize de insulină;

c) categoriile de bolnavi de la lit. a) și b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerințe:

c1) aderență la monitorizarea bolii și control: autoîngrijire, automonitorizare și autoajustarea dozelor de insulină;

c2) motivație și complianță la tratament - consimțământ informat;

c3) capacitate și abilități de utilizare a pompei.

Criterii de întrerupere:

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

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu își dovedește eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau crește comparativ cu terapia anterioară cu injecții multiple de insulină;

c) tratamentul temporar - diabet gestațional cu tratament temporar cu insulină.

NOTĂ:

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate și a cerințelor obligatorii sunt verificate și confirmate de medicul curant care face recomandarea și care monitorizează bolnavul.

2. Decizia privind întreruperea utilizării unei pompe de insulină de către un bolnav aparține medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice sau a medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice care monitorizează bolnavul.

3. Bolnavii eligibili sau părinții/tutorii legal instituți, după caz, în vederea montării de pompei de insulină, au obligația de a semna un consimțământ informat privind drepturile și obligațiile beneficiarului (anexa nr. 12[^]3). Refuzul de a semna consimțământul informat are drept consecință neacordarea de pompe de insulină.

4. Medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medicul cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice care deține documente ce atestă absolvirea unui curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice și care își desfășoară activitatea în unități sanitare care îndeplinesc criteriile de eligibilitate din chestionarul de evaluare prevăzut în Anexa 13 D.1 montează pompe de insulină.

5. Bolnavii care dețin din resurse proprii pompe de insulină beneficiază de consumabilele aferente cu condiția ca aceste dispozitive medicale și consumabilele lor să fie rambursate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea indicatorilor de eficiență aferenți acestor activități.

5. **Activitatea 5** : bolnavele cu diabet gestațional insulinotratat care pot beneficia de sisteme de monitorizare glicemică continuă și consumabile pentru acestea.

Bolnavele cu diabet gestațional aflate în tratament temporar cu insulină să îndeplinească obligatoriu următoarele cerințe:

a) aderență la monitorizarea bolii și control: autoîngrijire, automonitorizare și autoajustarea dozelor de insulină;

b) motivație și complianță la tratament - consimțământ informat.

Criterii de întrerupere:

a) lipsa de aderență sau aderență necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii și controlul medical de specialitate pe parcursul utilizării sistemului de monitorizare glicemică continuă. Aceasta se definește ca fiind utilizarea sistemului de monitorizare glicemică continuă mai puțin de 75%/lună;

b) refuzul scris al bolnavului/părinților sau tutorilor legal instituți, după caz, de a mai fi beneficiarul sistemului de monitorizare glicemică continuă;

c) lipsa capacității și abilității de a înțelege și de a folosi corect sistemul de monitorizare glicemică continuă.

NOTĂ :

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate și a cerințelor obligatorii sunt verificate și confirmate de medicul curant care face recomandarea și care monitorizează bolnavul.
2. Decizia privind întreruperea utilizării sistemului de monitorizare glicemică continuă de către un bolnav aparține medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice sau a medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice care monitorizează bolnava.
3. Bolnavii eligibili sau părinții/tutorii legal instituți, după caz, în vederea montării sistemului de monitorizare glicemică continuă au obligația de a semna un consimțământ informat privind drepturile și obligațiile beneficiarului (anexa nr. 12[^]3). Refuzul de a semna consimțământul informat are drept consecință neacordarea de sisteme de monitorizare glicemică incluse.
4. Medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medicul cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice care deține documente ce atestă absolvirea unui curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice și care își desfășoară activitatea în unități sanitare care îndeplinesc criteriile de eligibilitate din chestionarul de evaluare prevăzut în Anexa 13 D.1 montează sistemul de monitorizare glicemică continuă .

Unități care derulează programul:

- a) unități sanitare care au în structură secții/compartimente de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice, spitalizare de zi, ambulatoriu de specialitate, farmacie cu circuit închis autorizate și evaluate în condițiile legii, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- b) cabinete medicale de specialitate autorizate și evaluate în condițiile legii, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate
- c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;
- d) furnizori de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casa de asigurări pentru furnizarea serviciilor medicale paraclinice în ambulatoriu, pe baza contractelor încheiate în acest sens.
- e) farmacii cu circuit deschis.

Indicatori de evaluare**1) indicatori fizici:**

- a) număr de bolnavi cu diabet evaluați prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c /an: 61.699;
- b) număr de bolnavi cu diabet zaharat tratați/an: 1.100.622;
- c) număr de bolnavi automonitorizați/an: 309.240, din care:
 - c.1) număr de copii automonitorizați/an: 4.875;
 - c.2) număr de adulți cu diabet zaharat insulinotratați automonitorizați/an: 304.365;
- d) număr de bolnavi cu beneficiari de sisteme de monitorizare glicemică continuă/an: 1822;
- e) număr de bolnavi cu beneficiari de materiale consumabile pentru sisteme de monitorizare glicemică continuă/an: 2972;
- f) număr de bolnavi cu beneficiari de pompe de insulină/an: 250;
- g) număr de bolnavi cu beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină/an: 1412;
- h) număr de bolnavi cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei/an: 150;
- i) număr de bolnavi cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei/an: 292;

2) indicatori de eficiență:

- a) tarif/dozare de hemoglobină glicozilată HbA1c: 38 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tratat/an: 1.699 lei;
- c) cost mediu/copil cu diabet zaharat tip 1/an: 1.920 lei (400 teste/3 luni);
- d) cost mediu/adult cu diabet zaharat tip 1/an: 960 lei (200 teste/3 luni);
- e) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tip 1 automonitorizat cu sistem de monitorizare glicemică continuă sau sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, precum și pentru bolnav cu diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat insulinotratat/an : 480 lei/(100 teste/3 luni);
- f) cost mediu/bolnav beneficiar de sistem de monitorizare glicemică continuă - set inițiere/3 luni: 5.446 lei;
- g) cost mediu /bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru sistemele de monitorizare glicemică continuă/3 luni: 3.742 lei;
- h) cost mediu /bolnav beneficiar de pompă de insulină - set inițiere/3 luni: 8.233 lei;
- i) cost mediu/bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru pompa de insulină/3 luni: 1.637lei;
- j) cost mediu /bolnav beneficiar de sistem de pompă de insulină cu senzori de monitorizare glicemică continuă - set inițiere /3 luni: 19.947 lei;
- k) cost mediu/bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru sistem de pompă de insulină cu senzori de monitorizare glicemică continuă/3 luni: 5.013 lei.

Unități care derulează programul:

- a) unități sanitare care au în structură secții/compartimente de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice, spitalizare de zi, ambulatoriu de specialitate, farmacie cu circuit închis, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- b) cabinete medicale de specialitate, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate
- c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;
- d) furnizori de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casa de asigurări pentru furnizarea serviciilor medicale paraclinice în ambulatoriu, pe baza contractelor încheiate în acest sens.
- e) farmacii cu circuit deschis.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT AL BOLILOR NEUROLOGICE**Activități:**

- asigurarea, prin farmaciile cu circuit închis, a tratamentului pentru bolnavii cu scleroză multiplă.

Pentru a beneficia de tratament bolnavii trebuie să îndeplinească criteriile de includere prevăzute în ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și a normelor metodologice privind implementarea acestora.

Indicatori de evaluare:**1) indicatori fizici:**

- număr de bolnavi cu scleroză multiplă tratați/an: 5.160;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav cu scleroză multiplă tratat/an: 32.154 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unități care derulează programul:

- a) Spitalul Universitar de Urgență București - Clinica de neurologie;
- b) Spitalul Clinic Militar Central de Urgență "Dr. Carol Davila" București - Clinica de neurologie;
- c) Spitalul Clinic Colentina - Clinica de neurologie;
- d) Spitalul Clinic Universitar Elias - Clinica de neurologie;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- f) Spitalul Clinic de Recuperare Iași;
- g) Spitalul de Urgență "Prof. Agrippa Ionescu" - Clinica de neurologie;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timiș - Clinica de neurologie;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj - Clinica de neurologie;
- j) Institutul Clinic Fundeni - Clinica de neurologie;
- k) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" București;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- m) Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova;
- n) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța;
- o) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- p) Spitalul Militar de Urgență "Dr. Constantin Papilian" Cluj;
- q) Spitalul Clinic de copii "Dr. Victor Gomoiu" București;
- r) Spitalul Clinic de Psihiatrie și Neurologie Brașov;
- s) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Galați;
- ș) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT AL HEMOFILIEI ȘI TALASEMIEI**Activități:**

1. asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a medicamentelor specifice pentru prevenția și tratamentul accidentelor hemoragice ale bolnavilor cu hemofilie congenitală (hemofilia A și B, boala von Willebrand), hemofilie dobândită, deficit congenital de factor VII și trombastenie Glanzmann;

2. asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis și circuit deschis, deschis (doar medicamente cu administrare orală) a tratamentului cu chelatori de fier pentru bolnavii cu talasemie.

Criterii de eligibilitate:

Pentru a beneficia de tratament bolnavii trebuie să îndeplinească criteriile de includere prevăzute în ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile

comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și a normelor metodologice privind implementarea acestora.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică continuă/an: 211;

b) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică intermitentă/de scurtă durată/an: 325;

c) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu tratament "on demand"/an: 543

d) număr de bolnavi cu vârsta 1 - 18 ani cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu titru mare cu profilaxie secundară pe termen lung/an: 19;

e) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen scurt/intermitentă/an: 18;

f) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu tratament de oprire a sângerărilor/an: 55;

g) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu și fără inhibitori/boală von Willebrand, pentru tratamentul de substituție în cazul intervențiilor chirurgicale și ortopedice/an: 50;

h) număr de bolnavi cu hemofilie dobândită simptomatică cu tratament de substituție/an: 9;

i) număr de bolnavi cu talasemie/an: 203;

j) număr de bolnavi cu deficit congenital de factor VII/an: 36;

k) număr de bolnavi cu trombostenia Glanzmann/an: 10.

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică continuă/an: 300.777 lei;

b) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică intermitentă/de scurtă durată/an: 156.072 lei;

c) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu tratament "on demand"/an: 48.315 lei;

d) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen lung/an: 932.576 lei;

e) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen scurt/intermitentă/an: 636.981 lei;

f) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu tratament de oprire a sângerărilor/an: 179.658 lei;

g) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu/fără inhibitori/boală von Willebrand, pentru tratamentul de substituție în cazul intervențiilor chirurgicale și ortopedice/an: 43.157 lei;

h) cost mediu/bolnav cu hemofilie dobândită cu tratament de substituție/an: 335.832 lei;

i) cost mediu/bolnav cu talasemie/an: 54.625 lei;

j) cost mediu/bolnav cu deficit congenital de factor VII/an: 161.910,00 lei;

k) cost mediu/bolnav cu trombostenia Glanzmann/an: 48.830,00 lei.

Costurile medii reprezintă costurile medii/bolnav/an estimate la nivel național, costurile medii pentru fiecare bolnav fiind în concordanță cu schema terapeutică stabilită conform prevederilor protocolului terapeutic al hemofiliei A și B și al bolii von Willebrand aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare

medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unități sanitare care derulează programul:

1. Tratamentul bolnavilor cu hemofilie care nu necesită intervenții chirurgicale, precum și al bolnavilor cu talasemie – unități sanitare care îndeplinesc criteriile din chestionarele de evaluare, prevăzute în anexa 16 F.2.

2. Tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale:

- a) Institutul Clinic Fundeni;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara
- c) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- d) Spitalul Clinic Județean Craiova;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- f) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- h) Spitalul Clinic de Urgențe pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;
- i) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- j) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara.

3) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;

4) farmacii cu circuit deschis – talasemie (medicamente cu administrare orală)

Notă: unitățile sanitare nominalizate la punctul 2 asigură medicamentele specifice necesare realizării intervențiilor chirurgicale pentru bolnavii cu hemofilie și în unitățile sanitare cu secții sau compartimente de chirurgie/ortopedie care nu sunt nominalizate la acest punct.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT PENTRU BOLI RARE

Activități:

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

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

b) tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă;

c) tratamentul bolnavilor cu boala Pompe;

d) tratamentul bolnavilor cu tirozinemie;

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

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

g) tratamentul bolnavilor cu afibrinogenemie congenitală;

h) tratamentul bolnavilor cu sindrom de imunodeficiență primară;

i) tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă;

j) tratamentul sclerozei sistemice și ulcerelor digitale evolutive;

k) tratamentul hiperfenilalaninemiei la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4);

- l) tratamentul sclerozei tuberoase;
 - m) tratamentul bolnavilor cu HTAP;
 - n) tratamentul bolnavilor cu atrofie musculară spinală;
 - o) tratamentul bolnavilor adulți cu boala Castelman;
 - p) mucopolizaharidoză tip IV A (sindromul Morquio);
 - q) tratamentul afecțiunii de deficit de tripeptidil peptidază 1 (TPP1);
 - r) tratamentul bolnavilor cu amiloidoză cu transtiretină;
 - s) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa);
 - ș) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)”.
- 2) 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;
 - d) tratamentul bolnavilor cu fibroză pulmonară idiopatică
 - e) tratamentul bolnavilor cu distrofie musculară Duchenne
 - f) tratamentul bolnavilor cu angioedem ereditar
 - g) tratamentul bolnavilor cu neuropatie optică ereditară Leber
 - h) limfangioleiomiomatoză
- 3) asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis a materialelor sanitare pentru tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă;
- 4) asigurarea în spital a tijelor telescopice pentru bolnavii cu osteogeneză imperfectă;
- 5) asigurarea în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, respectiv asigurarea în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit deschis, a medicamentelor specifice pentru:
- a) purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică;
 - b) boala Fabry

Criterii de eligibilitate

- pentru a beneficia de tratament bolnavii trebuie să îndeplinească criteriile de includere prevăzute în ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și a normelor metodologice privind implementarea acestora.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme cronice/an: 288;
- b) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme acute - urgențe neurologice/an: 333;
- c) număr de bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică/an: 733;
- d) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (medicamente)/an: 19;
- d.1) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice)/an: 11;
- e) număr de bolnavi cu boala Fabry/an: 44;
- f) număr de bolnavi cu boala Pompe/an: 11;
- g) număr de bolnavi cu tirozinemie/an: 3;
- h) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter)/an: 17;
- i) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler)/an: 6;

- j) număr de bolnavi cu afibrinogenemie congenitală/an: 2;
- k) număr de bolnavi cu sindrom de imunodeficiență primară/an: 191;
- l) număr de bolnavi cu HTAP/an: 526;
- m) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (adulți)/an: 178;
- n) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (copii)/an: 454;
- o) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă - medicamente/an: 82;
- o1) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă – materiale sanitare/an: 92;
- p) număr de bolnavi cu sindromul Prader Willi/an: 39;
- r) număr de bolnavi cu amiloidoză cu transtiretină/an:
 - r.1) cu afectare neurologică/an: 26;
 - r.2) cu afectare cardiacă sau formă mixtă/an: 40;
- s) număr de bolnavi cu scleroză sistemică și ulcere digitale evolutive/an: 170;
- ș) număr de bolnavi cu purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică/an: 339;
- t) număr de bolnavi cu hiperfenilalaninemie care au fost diagnosticați cu fenilketonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)/an: 19;
- ț) număr de bolnavi cu scleroză tuberoasă/an: 66;
- u) număr de bolnavi cu fibroză pulmonară idiopatică/an: 255;
- v) număr de bolnavi cu distrofie musculară Duchenne/an: 31;
- w) număr de bolnavi cu angioedem ereditar/an: 141;
- x) număr de bolnavi cu neuropatie optică ereditară Leber/an: 16;
- y) număr de bolnavi cu atrofie musculară spinală/an: 186;
- z) număr de bolnavi cu boala Castelman/an: 6;
- aa) număr de bolnavi mucopolizaharidoză tip IV A (sindromul Morquio)/an: 3;
- ab) număr bolnavi cu deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1)/an: 3;
- ac) număr bolnavi cu limfangioleiomiomatoză/an: 11;
- ad)) număr bolnavi cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)/an: 10;
- ae) număr bolnavi cu hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)/an: 12”.

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme cronice/an: 59.382 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgențe neurologice/an: 37.123 lei;
- c) cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică/an: 2.718 lei;
- d) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (medicamente)/an: 488 lei;
- d.1) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice)/an: 26.615 lei;
- e) cost mediu/bolnav cu boală Fabry/an: 564.922 lei*);
- f) cost mediu/bolnav cu boală Pompe/an: 1.229.939 lei*);
- g) cost mediu/bolnav cu tirozinemie/an: 155.151 lei;
- h) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter)/an: 1.197.137 lei*);
- i) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler)/an: 792.748 lei*);
- j) cost mediu/bolnav cu afibrinogenemie congenitală/an: 42.555 lei;
- k) cost mediu/bolnav cu sindrom de imunodeficiență primară/an: 62.894 lei*);
- l) cost mediu/bolnav HTAP/an: 47.362 lei;
- m) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (adulți)/an: 28.486 lei;
- n) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (copii)/an: 18.257 lei;
- o) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă- medicamente /an: 622 lei;
- o1) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă – materiale sanitare /an: 15.161 lei;
- p) cost mediu/bolnav cu boala Prader Willi/an: 13.202 lei;

- r) cost mediu/bolnav cu amiloidoză cu transtiretină/an:
 r.1) cu afectare neurologică/an: 1.151.063,06 lei;
 r.2) cu afectare cardiacă sau formă mixtă/an: 700.000 lei;
- s) cost mediu/bolnav cu scleroză sistemică și ulcerile digitale evolutive/an: 12.561 lei;
- ș) cost mediu/bolnav cu purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică/an: 100.681 lei*);
- t) cost mediu/bolnav cu hiperfenilalaninemie care a fost diagnosticat cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)/an: 110.179 lei*);
- ț) cost mediu/bolnav cu scleroză tuberoasă/an: 115.106 lei*);
- u) cost mediu/bolnav cu fibroză pulmonară idiopatică/an: 66.629 lei;
- v) cost mediu/bolnav cu distrofie musculară Duchenne/an: 1.249.007 lei*);
- w) cost mediu/bolnav cu angioedem ereditar: 125.086 lei*);
- x) cost mediu/bolnav cu neuropatie optică ereditară Leber: 152.659 lei;
- y) cost mediu/bolnav cu atrofie musculară spinală: 1.533.303 lei*);
- z) cost mediu/bolnav cu boala Castelman/an: 72.236 lei*);
- aa) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip IV A (sindromul Morquio)/an: 995.862 lei
- ab) cost mediu/bolnav cu deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1)/an: 2.370.707 lei;
- ac) cost mediu/bolnav cu limfangioleiomiomatoză/an: 10.560 lei;
- ad) cost mediu/bolnav adult / copil cu greutate > 40 Kg cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)/an: 1.797.313,10 lei;
- ae) cost mediu/bolnav copil cu greutate < 40 Kg cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)/an: 731.179,65 lei*);
- af) cost mediu/bolnav cu hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)/an: 1.209.101,54 lei
- *) Costul prevăzut la lit. e), f), h), i), k), ș), t), ț), v), w), y), z) și ae) reprezintă costul mediu/bolnav la nivel național, iar repartizarea sumelor se realizează pentru fiecare bolnav în funcție de doza necesară recomandată individual.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice;
- materiale sanitare specifice pentru bolnavii cu epidermoliză buloasă și bolnavii cu osteogeneză imperfectă.

Unități care derulează programul:

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

- a) Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Institutul Clinic Fundeni;
- d) Spitalul Clinic Colentina;
- e) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;
- f) Spitalul de Recuperare Iași;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- j) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinica neurologie pediatrică;
- k) Spitalul de Urgență "Prof. dr. Agripa Ionescu";
- l) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- n) Spitalul Universitar de Urgență Elias;
- o) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare;
- p) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" - Constanța;

- r) Spitalul Județean de Urgență Satu Mare;
- s) Spitalul Militar de Urgență "Dr. Constantin Papilian" Cluj;
- ș) Spitalul Clinic de copii "Dr. Victor Gomoiu" București;
- t) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" - Galați;
- ț) Spitalul Județean de Urgență Piatra – Neamț;

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

- a) Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Institutul Clinic Fundeni București;
- d) Spitalul Clinic Colentina;
- e) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- i) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinică neurologie pediatrică;
- j) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- k) Spitalul Universitar de Urgență Elias;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- m) Spitalul Clinic de Urgență București;
- n) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
- o) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" - Constanța;
- p) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" - Galați;
- q) Spitalul Județean de Urgență Satu Mare;
- r) Spitalul Județean de Urgență Brăila;
- s) Spitalul Militar de Urgență "Dr. Constantin Papilian" Cluj;
- ș) Spitalul Clinic de copii "Dr. Victor Gomoiu" București;
- t) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opriș" Baia Mare;
- ț) Spitalul Județean de Urgență Piatra – Neamț;

3) scleroză laterală amiotrofică:

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

4) osteogeneza imperfectă:

- medicamente:

- a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu", București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie", București;
- c) Spitalul Clinic Județean Mureș;
- d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași;

- tije telescopice:

- a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași;
- d) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" București;

5) boala Fabry:

- a) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" - Constanța;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București - Secția clinică neurologie;
- c) Spitalul Județean de Urgență Focșani;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj - Clinica de nefrologie;
- e) Spitalul Clinic "Dr. C. I. Parhon" Iași;
- f) Spitalul Clinic Județean Ilfov "Sfinții Împărați Constantin și Elena";

- g) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- i) Institutul Clinic Fundeni;
- j) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- l) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
- m) Spitalului Județean de Urgență Alexandria;
- n) Spitalul Județean de Urgență Slatina;
- o) Spitalul Municipal de Urgență "Elena Beldiman" Bârlad;
- p) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- r) Spitalul Municipal de Urgență Roman;
- s) Spitalul de Pediatrie Pitești.

6) boala Pompe:

- a) Spitalul Județean de Urgență Ialomița;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- d) Spitalul Militar de Urgență "Regina Maria" Brașov;
- e) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brânzeu" Timișoara;
- h) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- i) Spitalul Clinic "dr. C.I. Parhon" Iași;
- j) Spitalul Județean de Urgență Reșița;

7) tirozinemia:

- a) Spitalul de Pediatrie Pitești;
- b) Spitalul Municipal Caracal;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța "Sfântul Apostol Andrei";
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- e) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Luis Țurcanu" Timișoara;
- f) Spitalul Județean de Urgență Pitești;

8) mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter):

- a) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare
- b) Spitalul Municipal Caritas - Roșiorii de Vede;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad
- d) Spitalul Județean de Urgență Mavromati Botoșani;
- e) Spitalul Clinic de Copii Brașov;
- f) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- g) Spitalul Județean de Urgență Sf. Gheorghe;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Slatina;
- j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- k) Spitalul de Pediatrie Pitești;
- l) Spitalul Clinic de Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- m) Spitalul de Pediatrie Ploiești;
- n) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- o) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- p) Spitalul Județean de Urgență Alexandria;

- q) Spitalul Județean de Urgență Târgoviște;
- r) Spitalul Județean de Urgență "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
- s) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" - Galați;

9) mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler):

- a) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- c) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe;
- d) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- e) Spitalul Orășenesc Bolintin-Vale;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- g) Spitalul Județean de Urgență Deva;
- h) Spitalul Județean de Urgență Satu Mare;

10) afibrinogenemie congenitală:

- a) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

11) sindrom de imunodeficiență primară:

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

- b) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare;
- c) Spitalul Județean Bacău;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- g) Spitalul Județean de Urgență Deva;
- h) Spitalul Județean de Urgență Satu Mare;
- i) Spitalul Județean de Urgență Zalău;
- j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- k) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- l) Spitalul Clinic de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- m) Spitalul Clinic de Urgență Arad;
- n) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu;
- o) Spitalul Județean de Urgență Buzău;
- p) Spital Clinic de Copii Brașov;
- q) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București;
- r) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca;
- s) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Prof. Dr. Louis Țurcanu" Timișoara;
- ș) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- t) Spitalul Județean de Urgență Buzău;
- ț) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași;
- u) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;

12) mucoviscidoza:

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

13) epidermoliza buloasă- medicamente și materiale sanitare specifice:

- a) Spitalul Clinic Colentina;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- d) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj; Spitalul Clinic Județean Mureș;

14) hipertensiune arterială pulmonară:**a) pentru copii:**

- a.1) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- a.2) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- a.3) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- a.4) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C. C. Iliescu" București;
- a.5) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" București;
- a.6) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- a.7) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași.

b) pentru adulți:

- b.1) Institutul de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta" București;
- b.2) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu";
- b.3) Spitalul Clinic de Pneumologie Iași;
- b.4) Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumologie "Victor Babeș" Timișoara;
- b.5) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- b.6) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș;
- b.7) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- b.8) Spitalul Municipal Odorheiu Secuiesc;

15) Sindromul Prader Willi:

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

16) Amiloidoză cu transtiretină:

- a) Institutul Clinic Fundeni București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Județean de Urgență "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
- d) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu";

17) Scleroza sistemică și ulcerale digitale evolutive:

- a) Spitalul Clinic Sfânta Maria București;
- b) Spitalul Clinic Dr. Ioan Cantacuzino București;
- c) Spitalul Clinic Colentina;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- f) Spitalul Clinic de Recuperare Iași;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- i) Centrul de boli reumatismale "Dr. Ion Stoia" - București;
- j) Spitalul Municipal Odorheiu Secuiesc.

18) Purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică:

- a) farmacii cu circuit deschis.
- b) Institutul Clinic Fundeni București;
- c) Spitalul Clinic Colțea București;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- e) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;
- f) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- h) Spitalul Municipal Ploiești;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- j) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare;
- k) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;

- l) Spitalul Universitar de Urgență București;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- n) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Pantelimon" Focșani;
- o) Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova;
- p) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- q) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca;
- r) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași;
- s) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- ș) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București;
- t) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța;
- ț) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M.S. Curie" - București;
- u) Spitalului Clinic Județean de Urgență Arad;
- v) Spitalul Județean de Urgență Bistrița;
- w) Spitalul Județean de Urgență Ploiești;
- x) Spitalul Județean de Urgență Brăila;
- y) Spitalul Județean de Urgență Vâlcea;
- z) Spitalul Municipal Odorheiu Secuiesc;
- aa) Spitalul Județean de Urgență Piatra-Neamț;
- ab) Spitalul Județean de Urgență Reșița;
- ac) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- ad) Spitalul Clinic Colentina București;
- ae) Spitalul Județean de Urgență „Dr. Fogolyan Kristof” Sf. Gheorghe.

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

- a) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca;
- c) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- e) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași;
- f) Spitalul Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- g) Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" București.

20) Scleroza tuberoasă:

- a) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Institutul Clinic Fundeni;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brânzeu" Timișoara;
- f) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii - Brașov;
- g) Spitalul Clinic Județean Mureș;
- h) Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu;
- i) Spitalul Clinic C. I. Parhon Iași;
- j) Spitalul Clinic de copii "Dr. Victor Gomoiu" București;

21) Fibroză pulmonară idiopatică:

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

22) Distrofie musculară Duchenne:

- farmacii cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări.

23) Angioedem ereditar:

- farmacii cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări.

24) Neuropatie optică ereditară Leber:

- farmacii cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări.

25) Atrofie musculară spinală:

- a) Centrul național medical clinic de recuperare neuropsihomotorie pentru copii "dr. Nicolae Robănescu" București;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca;
- c) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" București;
- d) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" București;
- e) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- f) Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu;
- g) Institutul Clinic Fundeni;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" - Constanța;
- i) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" București;
- j) Spitalul Clinic Căi Ferate - Timișoara;
- k) Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brânzeu" Timișoara;

26) Boala Castelman:

- a) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuță" - Cluj-Napoca;
- b) Spitalul Clinic Colentina București;
- c) Institutul Clinic Fundeni București;

27) Mucopolizaharidoză tip IVA (sindromul Morquio):

- a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- b) Spitalul Clinic "Dr. Ioan Cantacuzino" București;

28) Deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1):

- Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia București";

29) Hemoglobinurie paroxistică nocturnă:

- Asociația Oncohelp Timișoara

30) Sindromul hemolitic uremic atipic (SHUa)

- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara

PROGRAMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ**Activități:**

a) asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodenanță;

b) testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului.

Criterii de eligibilitate:**1) Pentru tratamentul de substituție cu agoniști de opiacee:****Criterii de includere a bolnavilor:**

- a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal;
- b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependență de opiacee;
- c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină.

Criterii de orientare pentru includerea în tratamentul de substituție:

- a) afirmativ încercări repetate de întrerupere a consumului;
- b) comportament de consum cu risc;
- c) HIV/SIDA;

- d) femei însărcinate;
- e) comorbidități psihiatrice;
- f) comorbidități somatice;
- g) polidependență.

Criterii de excludere a bolnavilor:

- 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 prezenței drogurilor sau metaboliților acestora în urină ori de câte ori se solicită de către medicul său curant;
- d) comportamente agresive fizice ori verbale;
- e) falsificarea de rețete sau orice alt tip de document medical;
- f) consumul și traficul de droguri în incinta centrelor de tratament;
- g) înscrierea simultană la mai multe unități sanitare care derulează programul de tratament de substituție.

2) Pentru tratamentul de substituție cu antagoniști de opiacee (Naltrexona):

Criterii de includere a bolnavilor:

- a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal;
- b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependență de opiacee;
- c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină, urmat de o perioadă de abstenență între 7 și 14 zile;
- d) declarația bolnavului pentru abstenența totală la opiacee pe termen lung, cu semnarea unui consimțământ informat asupra riscurilor și beneficiilor tratamentului cu naltrexona.

Criterii de excludere a bolnavilor:

- a) test pozitiv de opiacee;
- b) semne și simptome clinice de consum recent de opiacee;
- c) semne clinice și paraclinice de citoliză hepatică.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi în tratament substitutiv/an: 1.311;
- b) număr de teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor/an: 247 ;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu tratament de substituție/an: 1.949 lei;
- b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină/an: 9 lei;

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodependență;
- cheltuieli pentru teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor.

Unități care derulează programul:

- a) Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola;
- b) Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca - Secția clinică psihiatrie III acuți - Compartiment toxicomanie;
- d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca - Secția toxicomanie copii;
- e) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Al. Obregia" București;
- f) Centrul de evaluare și tratament al toxicodependenților tineri "Sfântul Stelian" București;
- g) Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" București;
- h) Penitenciarul Spital Rahova.

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

PROGRAMUL NAȚIONAL DE BOLI ENDOCRINE

Subprogramul național de tratament medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză;

Activități:

- asigurarea în spital și în ambulatoriu a medicamentelor specifice pentru tratamentul osteoporozei

Criterii de eligibilitate:

1. Pacienți (femei în postmenopauză sau bărbați peste 50 de ani) diagnosticați cu osteoporoză: scor T mai mic sau egal cu - 2,5 DS;
2. Pacienți cu fractură osteoporotică vertebrală sau de șold;
3. Pacienți cu scor T între -1 și -2,5 DS și fractură de fragilitate la nivelul humerusului (în zona proximală), pelvis, antebraț;
4. Pacienți cu scor T între -1 și -2,5 DS și probabilitate mare de fractură majora osteoporotică (prin calcularea FRAX-ului) peste limita superioară a intervalului de risc echivalent cu prezența unei fracturi de fragilitate (calculată prin simulare pe FRAX sau vezi tabelul 1 coloana risc crescut).

NOTĂ:

1. Pentru eligibilitate este suficientă îndeplinirea unuia dintre cele patru criterii. Eligibilitatea se verifică anual.
2. FRAX® estimează o probabilitate la 10 ani de fractură de șold și osteoporotică majora (șold, coloană vertebrală, humerus sau antebraț). Scorul FRAX se va calcula incluzând densitatea minerală osoasă la nivelul șoldului și factorii de risc clinici în calculatorul disponibil pe pagina de web: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=ro> sau tabelele disponibile pe pagina: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/charts.aspx?lang=ro>

Tabelul 1.

Categoria de vârstă (ani)	PROBABILITATE CRESCUTĂ DE FRACTURĂ BAZATĂ PE FRAX (riscul calculat pentru fractura majoră osteoporotică este mai mare sau egal cu valoarea categoriei de vârstă)
50-54	5,8
55-60	7,1
60-64	8,7
65-69	10
70-74	12
75-79	13
80-84	14
peste 85	12

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi cu osteoporoză tratați/an: 2.517;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav cu osteoporoză tratat/an: 308 lei;

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului bolnavilor cu osteoporoză

Unități care derulează programul:

- a) Institutul Național de Endocrinologie "C. I. Parhon" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență Elias București;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sfântul Spiridon" Iași;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- f) Spitalul Clinic Județean Mureș;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- i) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- n) Spitalul Județean de Urgență Piatra Neamț;
- p) Spitalul Județean de Urgență "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
- q) Spitalul Județean de Urgență Sfântu Gheorghe;
- r) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu;
- s) Spitalul Județean de Urgență Zalău;
- ș) Spitalul Județean de Urgență Brăila;
- t) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- ț) Spitalul Județean de Urgență "Mavromati" Botoșani;
- u) Spitalul Județean de Urgență Bistrița-Năsăud;
- v) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- x) Spitalul Municipal Câmpulung Muscel;
- y) Spitalul de Cardiologie Covasna;
- z) Spitalul Județean de Urgență Deva;
- aa) Spitalul Județean de Urgență Ploiești;
- ab) Spitalul Județean de Urgență Miercurea Ciuc;
- c) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" București;
- ad) Spitalul Județean de Urgență Slatina;
- ae) Spitalul SC Pelican Impex SRL Oradea;
- af) S.C. Sanador - S.R.L. - București.

2. Subprogramul național de tratament medicamentos al bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferării maligne

Activități:

- asigurarea în spital și în ambulatoriu a medicamentelor specifice pentru tratamentul bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferării maligne

Criterii de eligibilitate:

I. pentru bolnavii cu gușă datorată carenței de iod:

- a) Criteriul de includere al terapiei cu Metilprednisolon iv: Oftalmopatie Graves activă.
- b) Criteriul de includere al terapiei cu Metimazol: hipertiroidism clinic sau subclinic.
- c) Criteriul de includere al terapiei cu Levotiroxină: hipotiroidism clinic manifest sau subclinic.
- d) Criterii pentru administrarea radioiod la pacienții cu hipertiroidie: hipertiroidie controlată terapeutic medicamentos

II. pentru bolnavii cu gușă datorată proliferării maligne:

- a) terapie cu ^{131}I a bolnavilor cu cancer tiroidian diferențiat din celula foliculară:
 - a.1. tiroidectomia totală /cvasitotală
 - a.2. diagnostic de carcinom tiroidian diferențiat din celula foliculară
 - a.3. TSH >30 $\mu\text{UI/ml}$ după întreruperea tratamentului TSH supresiv sau TSH >25 $\mu\text{UI/ml}$ după administrarea tireotropinei alfa
 - a.4. grup de risc care să justifice radioiodoterapia*

*administrarea unei doze terapeutice de ^{131}I poate fi evitată în următoarele situații histopatologice de carcinom tiroidian:

1. Carcinom papilar tiroidian focar încapsulat cu dimensiuni >1 cm caracterizat cumulativ, după cum urmează:
 - Fără metastaze locale sau la distanță
 - Rezecție macroscopică completă
 - Fără invazie în țesuturile loco-regionale
 - Forma histologică fără agresivitate**
 - Fără invazie vasculară
 - Dacă se face: fără captare a ^{131}I în afara patului tiroidian
 - Histologic <5 arii de microinvazie (cel mai mare diametru $<0,2$ cm)
2. Carcinom papilar tiroidian tip "variantă foliculară" – încapsulat
3. Carcinom folicular tiroidian bine diferențiat intratiroidian cu invazie capsulară, fără sau cu minimă invazie vasculară (<4 focare)
4. Microcarcinom papilar uni- sau multifocal intratiroidian

** Forme histopatologice agresive de cancer tiroidian: carcinomul papilar cu celule înalte, carcinomul papilar cu celule de tip oxifil, carcinomul de tip insular, carcinomul papilar cu celule columnare, carcinomul papilar de tip sclerozant, carcinomul cu celule Hürthle, carcinomul folicular tiroidian.

b) terapie cu Tirotropin alfa la bolnavii cu cancer tiroidian diferențiat din celula foliculară

- b.1. tiroidectomia totală/cvasitotală
- b.2. diagnostic de carcinom tiroidian diferențiat, cu excepția carcinomului medular
- b.3. în scop diagnostic pentru monitorizarea tiroglobulinei serice, urmată sau nu de administrarea unei doze de investigație de ^{131}I
- b.4. în scop terapeutic: terapie adjuvantă în cadrul tratamentului ablativ la pacienți la care nu există suspiciunea de determinări secundare la distanță, urmată de administrarea unei doze terapeutice de ^{131}I
- b.5. pacienții cu carcinom tiroidian diferențiat cu orice nivel de risc cu comorbidități semnificative:
 - o afecțiune medicală (detresă respiratorie, compromiterea sistemului nervos central, agravarea insuficienței cardiace congestive, agravarea unei boli coronariene) sau psihiatrică semnificativă care

ar putea fi exacerbată de hipotiroidism sau incapacitatea de creștere a TSH-ului endogen prin oprirea tratamentului hormonal TSH supresiv/ substitutiv (cauză hipofizară).

Criterii de excludere:

Absolute:

- Sarcina
- Alăptarea

Precauții

- Depresia măduvei osoase (la administrarea de doze mari)
- Restricția funcției pulmonare (la pacienții cu metastaze pulmonare iodofixante)
- Adenosialita radică
- Prezența unor simptome neurologice datorate efectului compresiv prin inflamația locală și edemul leziunilor metastatice provocate de administrarea radioiodului.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi cu gușă datorată carenței de iod tratați/an: 1.910
- b) număr de bolnavi cu gușă datorată proliferării maligne tratați/an: 569

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu gușă datorată carenței de iod /an: 13 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu gușă datorată proliferării maligne /an: 1.592 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferării maligne

Unități care derulează programul:

- a) Institutul Național de Endocrinologie "C. I. Parhon" București;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sfântul Spiridon" Iași;
- c) Spitalul Clinic de Urgență Elias București;
- d) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" București;
- e) S.C. Sanador - S.R.L. - București.
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- h) Spitalul Clinic Județean Mureș;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- j) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- k) Spitalul Județean de Urgență Brăila;
- l) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- m) Spitalul Județean de Urgență Deva;
- n) Spitalul SC Pelican Impex SRL Oradea;

PROGRAMUL NAȚIONAL DE ORTOPEDIE

Activități:

- asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecțiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare primare și de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic și ciment ortopedic cu/fără antibiotic, 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 bolnavilor cu diformități de coloană pentru prevenirea insuficienței cardio-respiratorie, precum și pentru tratamentul prin chirurgie spinală pentru bolnavii cu patologie tumorală degenerativă sau traumatică, pentru tratamentul copiilor cu malformații grave vertebrale care necesită instrumentație specifică și implanturi de fixare pentru tratamentul instabilităților articulare cronice;

- obligativitatea unităților sanitare de a comunica datele către Registrul Național de Endoprotezare conform formularelor standardizate cu caracter de obligativitate în cadrul RNE.

Criteria de eligibilitate:

1) Tratamentul prin endoprotezare:

a) ortopedie pediatrică:

- bolnavi copii cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulațiilor periferice;
- bolnavi copii cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;
- bolnavi copii cu sechele după luxație congenitală de șold cu anchiloza precoce a articulațiilor afectate;
- bolnavi copii cu sechele după afecțiuni dobândite (Maladie Legg Calve Perthes, Epifizioliza);

b) ortopedia adultului:

- bolnavi tineri cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulațiilor periferice;
- bolnavi tineri cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;
- bolnavii vârstei a treia care suferă de maladii degenerative invalidante;
- bolnavi 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;
- adolescenți cu tumori osoase primitiv maligne;
- copii sau adolescenți ce necesită revizie după o eventuală protezare primară efectuată în antecedente;

b) ortopedia adultului:

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

Fiecare caz la care se indică tratamentul pierderilor osoase importante epifizometafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală se aprobă de către o comisie constituită din: medic operator titular, 2 medici ortopezi, medic anestezist; consult medic oncolog (funcție de caz tumoral sau netumoral).

3) Tratamentul prin instrumentație segmentară de coloană:

a) ortopedie pediatrică:

- bolnavi copii și adolescenți cu diformități grave de coloană: scolioze, cifoze, cifoscolioze idiopatice;
- bolnavi copii cu afecțiuni posttraumatice ale coloanei vertebrale;

- bolnavi copii cu patologie tumorală a coloanei vertebrale;

b) ortopedia adultului:

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

4) Tratamentul prin chirurgie spinală:

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

5) Tratamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică:

- bolnavi copii cu blocuri vertebrale;
- bolnavi copii cu hemivertebre;
- bolnavi copii cu alte afecțiuni congenitale ale coloanei vertebrale care necesită instrumentație specifică.

Fiecare caz cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică se aprobă de către o comisie constituită din: medic operator titular, 2 medici ortopezi, medic anesteziat.

6) Tratamentul instabilităților articulare cronice pentru prevenirea degenerării articulare utilizând implanturi de fixare a neoligamentelor/refacerea structurilor de stabilitate:

- bolnavi majoritar activi din punct de vedere profesional, care manifestă fenomene de instabilitate articulară cronică și/sau anomalii de biomecanică și funcționalitate articulară

7) Tratamentul instabilităților articulare cronice la copil, prin implanturi de fixare:

- bolnavi sub 18 ani cu instabilitate articulară a genunchiului (leziuni ligamentare, instabilitate femuro - patelară, leziuni meniscale sau cartilajinoase, devieri de ax ale genunchiului, deformări congenitale ale genunchiului ce duc la instabilitate articulară, etc.);
- bolnavi sub 18 ani cu instabilitate articulară a gleznei și piciorului (leziuni sindesmotice, leziuni cartilajinoase, devieri de ax la nivelul gleznei și piciorului, piciorul plat valg cu instabilitate deformări congenitale sau ale piciorului ce produc instabilitate articulară);
- bolnavi sub 18 ani cu instabilitate articulară la nivelul umărului (leziuni ligamentare sau deformări congenitale ce produc instabilitate articulară).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de copii cu afecțiuni articulare endoprotezați/an: 2;
- număr de adulți cu afecțiuni articulare endoprotezați/an: 14.589;
- număr de copii cu endoprotezare articulară tumorală/an: 1;
- număr de adulți cu endoprotezare articulară tumorală/an: 25;
- număr de copii cu implant segmentar/an: 29;
- număr de adulți cu implant segmentar/an: 192;
- număr de adulți tratați prin chirurgie spinală/an: 610;
- număr de copii cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică tratați/an: 11;
- număr de adulți cu instabilitate articulară tratați prin implanturi de fixare: 1.595.
- număr de copii cu instabilitate articulară tratați prin implanturi de fixare: 369

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/copil endoprotezat/an: lei; 11.250 lei;
- cost mediu/adult endoprotezat/an: 5.719 lei;
- cost mediu/copil cu endoprotezare articulară tumorală/an: 67.103,00 lei;
- cost mediu/adult cu endoprotezare articulară tumorală/an: 31.896 lei;
- cost mediu/copil cu implant segmentar de coloană/an: 10.854 lei;

- f) cost mediu/adult cu implant segmentar de coloană/an: 2.640 lei;
- g) cost mediu/adult tratat prin chirurgie spinală/an: 1.972 lei;
- h) cost mediu/copil cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică tratat/an: 21.180 lei;
- i) cost mediu/adult cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare/an: 1.974 lei.
- j) cost mediu/copil cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare/an: 2.577 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli materiale sanitare specifice: necesare endoprotezării primare și de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic și ciment ortopedic cu/fără antibiotic, tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală, tratamentul prin instrumentație segmentară de coloană, tratamentul prin chirurgie spinală, tratamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică și tratamentul instabilității articulare pentru prevenirea degenerării articulare utilizând implanturi de fixare.

Unități care derulează programul:

1) Tratamentul prin endoprotezare:

a) ortopedie pediatrică:

- a.1) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- a.2) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- a.3) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;
- a.4) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" București;

b) ortopedie adulți:

- b.1) unități sanitare cu secții sau compartimente de profil raportoare/înscrise la RNE, care au îndeplinit criteriile prevăzute în anexa 16 J.1;
- b.2) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie.

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

a) ortopedie pediatrică:

- a.1) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- a.2) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- a.3) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;
- a.4) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- a.5) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- a.6) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" București;

b) ortopedie adulți:

- b.1) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;
- b.2) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- b.3) Spitalul Clinic Județean Mureș;
- b.4) Spitalul Clinic Colentina;
- b.5) Spitalul Universitar de Urgență București;
- b.6) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
- b.7) Spitalul Universitar de Urgență Elias București;
- b.8) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- b.9) Spitalul Clinic Militar de Urgență "Victor Popescu" Timișoara;
- b.10) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș.

3) Tratamentul prin implant segmentar de coloană:

a) ortopedie pediatrică:

- a.1) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;

- a.2) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- a.3) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- a.4) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;
- a.5) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;
- a.6) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" București;

b) ortopedie adulți:

- b.1) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;
- b.2) Spitalul Clinic Colentina;
- b.3) Spitalul Universitar de Urgență București;
- b.4) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- b.5) Spitalul Clinic de Recuperare Iași;
- b.7) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București;
- b.8) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- b.9) Spitalul Clinic Colentina;
- b.10) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- b.11) S.C. Sanador - S.R.L. - București.

4) Tratamentul prin chirurgie spinală

- a) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Nicolae Oblu" Iași;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- e) Spitalul Clinic Colentina;
- f) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;
- g) S.C. Materna Care - S.R.L. - Timișoara.

5) Tratamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică:

- a) Spitalul Clinic de Urgență pentru copii "M. S. Curie" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- c) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" București.

6) Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare:

- a) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- c) Spitalul Clinic C.F. Nr. 2 București;
- d) Spitalul Clinic Colentina București;
- e) Spitalul Clinic Ort-Traum "Foișor" București;
- f) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni" București;
- g) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București;
- h) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București;
- i) Spitalul Clinic de Urgență București;
- j) Spitalul Universitar de Urgență București;
- k) Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București;
- l) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central București;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- n) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- o) Spitalul Militar de Urgență "Dr. Ct. Papilian" Cluj-Napoca;
- p) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- r) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- s) Spitalul Clinic Județean Mureș;

- ș) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- t) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- ț) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara Nr. 2;
- u) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara Nr. 1;
- v) Spitalul Militar de Urgență "Victor Popescu" Timișoara;
- w) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. dr. Agrippa Ionescu";
- x) Spitalul Militar de Urgență "Dr. Aristide Serfioti" Galați;
- y) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- z) Spitalul de Urgență MAI "Prof. Dr. Dimitrie Gerota" București;
- aa) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
- ab) S.C. Delta Healthcare - S.R.L. București;
- ac) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
- ad) Spitalul Județean de Urgență Vaslui;
- ae) S.C. Materna Care - S.R.L. - Timișoara;
- af) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Brașov;
- ag) S.C. Sanador - S.R.L. - București.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRANSPLANT DE ORGANE, ȚESUTURI ȘI CELULE DE ORIGINE UMANĂ

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

- a) bolnavi cărora li s-a efectuat transplant și necesită tratament posttransplant;
- b) bolnavi cu transplant hepatic infectați cu VHB.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi tratați pentru stare posttransplant/an: 4.875;
- b) număr de bolnavi cu transplant hepatic tratați pentru recidiva hepatitei cronice/an: 450.

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant/an: 9.377 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu transplant hepatic tratat pentru recidiva hepatitei cronice/an: 23.761 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 bolnavii cu transplant hepatic.

Unități care derulează programul:

1) Tratamentul în ambulatoriu al stării posttransplant pentru bolnavii transplantați:

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

2) Tratamentul recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic:

- farmacii cu circuit închis aparținând unităților sanitare incluse în lista unităților sanitare care implementează Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2022-2023, pentru transplant hepatic:

- a) Institutul Clinic Fundeni;

- b) Spitalul Clinic "Sfânta Maria" - București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE SUPLEERE A FUNCȚIEI RENALE LA BOLNAVII CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

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

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

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

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

- a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei peritoneale continue ambulatorii ($Kt/V_{uree} < 1,7$; clearance creatinină 60 l/săptămână ori ultrafiltrat $< 1.000 \text{ ml/24 ore}$ sau absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;
- b) copii preșcolari la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;
- c) bolnavi cu hernii sau eventrații abdominale, care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din DPCA;
- d) bolnavi dializați care pot și vor să urmeze studiile școlare și universitare;
- e) bolnavi dializați care pot și vor să presteze activitate profesională;
- f) bolnavi cu dizabilități care nu își pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie și la care familia sau asistența la domiciliu poate efectua conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

Criterii de întrerupere a tratamentului prin dializă:

- a) bolnavul este transplantat;
- b) bolnavul refuză continuarea tratamentului.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- numărul total de bolnavi tratați prin dializă/an: 13.685, din care:

- a) hemodializă convențională: 11.627;
- b) hemodiafiltrare intermitentă on-line: 1.781;
- c) dializă peritoneală continuă: 268;
- d) dializă peritoneală automată: 9

2) indicatori de eficiență:

- a) tarif/ședință de hemodializă convențională: 641 lei;
- b) tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line: 716 lei;
- c) tarif/bolnav tratat prin dializă peritoneală continuă/lună: 5.341,33,00 lei;

d) tarif/bolnav tratat prin dializă peritoneală automată/lună: 7.787,50 lei.

Natura cheltuielilor programului:

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

Unități care derulează programul:

- a) unitățile sanitare publice cu structuri de profil;
- b) unități sanitare private autorizate de Ministerul Sănătății
- c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie care au structuri de profil.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TERAPIE INTENSIVĂ A INSUFICIENȚEI HEPATICE

Activități:

- asigurarea în spital a materialelor sanitare specifice epurării extrahepatice.

Criterii de eligibilitate:

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi tratați prin epurare extrahepatică: 46;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin epurare extrahepatică/an: 6.033 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru materiale sanitare specifice epurării extrahepatice.

Unități care derulează programul:

- a) Institutul Clinic Fundeni;
- b) Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș";
- c) Spitalul Clinic C. I. Parhon Iași;
- d) Spitalul Clinic de Copii Cluj-Napoca - Clinica Pediatrie II - Nefrologie;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- f) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CU AJUTORUL APARATURII DE ÎNALTĂ PERFORMANȚĂ

Structura:

Subprogramul de radiologie intervențională

Activități:

- a) terapia afecțiunilor cerebrovasculare prin tehnici endovasculare:
 - stentare carotidiană, embolizarea cerebrală cu spirale, embolizarea cerebrală cu stent și spirale, embolizarea cerebrală cu soluție tip glue, embolizarea cerebrală cu particule, terapia

endovasculară în AVC ischemic acut, în malformațiile vasculare cerebrale și tumori cerebrale profunde;

b) tratamentul malformațiilor vasculare cerebrale și tumorilor cerebrale profunde prin Gamma-Knife;

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

d) pompe implantabile (intratecal subdural lombar);

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

f) terapia unor afecțiuni ale coloanei vertebrale (disectomia mecanică, disectomia termică, nucleoplastie cu substanțe lichide tip alcool, vertebroplastie și biopsie, infiltrații discale paravertebrale);

g) terapia unor afecțiuni 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 afecțiuni sau unor intervenții terapeutice prin tehnici de radiologie intervențională (embolizare periferică cu spirale, drenaje colecții abdominale ghidate radiologic, drenaje biliare ghidate radiologic, TIPSS cu stent metalic, TIPSS cu sten-graft).

i) terapia prin stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare

j) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson, a extensiilor de legătură stimulator – electrozi și kit-ului de reîncărcare;

k) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare a extensiilor de legătură stimulator – electrozi și kit-ului de reîncărcare;

Criterii de eligibilitate pentru:

a) terapia afecțiunilor cerebrovasculare prin tehnici endovasculare:

- lipsa indicației operatorii convenționale;

b) tratamentul malformațiilor vasculare cerebrale și tumorilor cerebrale profunde prin Gamma-Knife:

- bolnavi cu malformații vasculare cerebrale și 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 fluctuații motorii severe și/sau dischinezie;

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

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

- durată scurtă a bolii (mai puțin de 3 ani);

- demență sau psihoză;

- răspuns insuficient la medicația dopaminergică;

- stare generală mediocră, boli concomitente importante;

- leziuni structurale la nivelul ganglionilor bazali sau atrofie cerebrală severă.

d) pompe implantabile - lipsa indicației operatorii convenționale;

e) terapia unor afecțiuni ale coloanei vertebrale - afectare discală fără indicație chirurgicală convențională (tasări, fracturi sau alte leziuni cu risc de distrucție a corpurilor vertebrale);

f) tumori cu indicație de devascularizare în vederea intervenției chirurgicale;

g) terapia hemoragiilor acute sau cronice - bolnavi cu hemoragii acute sau cronice la care intervenția chirurgicală ar pune viața în pericol.

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

i) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson

i.1) bolnavi cu maladie Parkinson care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare profundă, la care stimulatorul din cadrul dispozitivului a ajuns la termenul final al duratei de funcționare, moment stabilit fie prin alarmă, fie prin verificarea periodică a acestuia, la care stimulatorul trebuie înlocuit:

1. la bolnavii tineri, cu vârsta sub 50 de ani la momentul implantării, stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare profundă se înlocuiește cu unul reîncărcabil cu durată de funcționare de 15 ani;

2. la bolnavii cu durată medie de descărcare a stimulatorului mare, sub 3 ani, stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă se înlocuiește cu unul reîncărcabil cu durată de funcționare de 15 ani;

3. la bolnavii cu vârsta de peste 50 de ani la momentul implantării, precum și la bolnavii cu durată medie de descărcare a stimulatorului de 4 ani, stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă se înlocuiește cu unul nereîncărcabil.

i.2) bolnavi cu maladie Parkinson care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare profundă, la care este necesară înlocuirea extensiilor de legătură stimulator-electrozi:

- dacă se constată intraoperator lipsa integrității lor (pierderea izolației/ruptură)

- în cazul infecției locale;

- în cazuri în care se constată la verificarea stimulatorului, modificarea impedanților;

i.3) bolnavi cu maladie Parkinson care au beneficiat de implantarea dispozitivelor bolnavi cu maladie Parkinson la care este necesară înlocuirea kit-ului de reîncărcare deoarece s-a defectat.

j) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare

j.1) bolnavi cu distonii musculare care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare cerebrală profundă, la care stimulatorul din cadrul dispozitivului a ajuns la termenul final al duratei de funcționare, moment stabilit fie prin alarmă, fie prin verificarea periodică a nivelului de încărcare a stimulatorului;

j.2) bolnavi cu distonii musculare care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare cerebrală profundă la care este necesară înlocuirea extensiilor de legătură stimulator-electrozi:

- dacă se constată intraoperator lipsa integrității lor (pierderea izolației/ruptură)

- în cazul infecției locale;

- în cazuri în care se constată la verificarea stimulatorului, modificarea impedanților;

j.3) bolnavi cu distonii musculare care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare cerebrală profundă la care este necesară înlocuirea kit-ului de reîncărcare deoarece s-a defectat.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu afecțiuni cerebrovasculare tratați/an: 1.073;

b) număr de tratamente Gamma-Knife/an: 405

c) număr de stimuloare cerebrale implantabile la bolnavii cu maladie Parkinson /an: 8

d) număr de pompe implantabile/an: 15

e) număr de bolnavi cu afecțiuni vasculare periferice tratați/an: 1.227

f) număr de bolnavi cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratați/an: 99

g) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați/an: 511

h) număr de bolnavi cu hemoragii acute sau cronice tratați/an: 396

i) număr de bolnavi cu distonii musculare tratați prin stimulare cerebrală profundă/an: 4

j.1) număr de bolnavi pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil /an: 20;

j.2) număr de bolnavi pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil, cu kit de încărcare /an: 5;

j.3) număr de bolnavi pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil precum și a extensiilor de legătură stimulator-electrozi / an: 3;

j.4) număr de bolnavi pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil precum și a extensiilor de legătură stimulator-electrozi / an: 2;

j.5) număr de bolnavi cu maladie Parkinson cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi / an: 5;

j.6) număr de bolnavi cu maladie Parkinson cu înlocuire a kit-ului de reîncărcare a stimulatorului / an: 2;

k.1) număr de bolnavi pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare tratți prin implantarea de stimulator cerebral reîncărcabil /an: 9.

k.2) număr de bolnavi pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare cu unul reîncărcabil, precum și a extensiilor de legătură stimulator-electrozi /an: 1;

k.3)) număr de bolnavi cu distonii musculare cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi / an: 3;

k.4)) număr de bolnavi cu distonii musculare cu înlocuire a kit-ului de reîncărcare a stimulatorului / an: 5;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav cu afecțiuni cerebrovasculare tratat/an: 9.788 lei;

b) cost mediu/tratament Gamma-Knife/an: 4.750,00 lei;

c) cost mediu/stimulator cerebral la bolnavii cu maladie Parkinson /an: 59.010lei;

d) cost mediu/pompă implantabilă/an: 10.771 lei;

e) cost mediu/bolnav cu afecțiuni vasculare periferice tratat/an: 1.463lei;

f) cost mediu/bolnav cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratat/an: 2.467lei;

g) cost mediu/bolnav cu afecțiuni oncologice tratat/an: 2.267lei;

h) cost mediu/bolnav cu hemoragii acute sau cronice tratat/an: 1.135 lei;

i) cost mediu/bolnav cu distonii musculare tratat prin stimulare cerebrală profundă/an: 99.952 lei.

j.1) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil/an: 67.035,00 lei;

j.2) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil cu kit de încărcare/an: 120.715,00 lei;

j.3) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil precum și a extensiilor de legătură stimulator-electrozi /an: 79.561,00 lei;

j.4) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil precum și a extensiilor de legătură stimulator-electrozi /an: 104.086,00 lei;

j.5) cost mediu/bolnav cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi /an: 12.526,00 lei;

j.6) cost mediu/bolnav cu înlocuire a kit-ului de reîncărcare a stimulatorului /an: 29.155,00 lei;

k.1) cost mediu/ bolnav pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare cu unul reîncarcabil/an: 91.560,00 lei ”.

k.2) cost mediu/ bolnav pentru care se înlocuiește stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare cu unul reîncarcabil precum și a extensiilor de legătură stimulator-electrozi /an: 103.531,00 lei ”.

k.3) cost mediu/ bolnav cu distonii musculare cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi /an: 11.971,00 lei ”.

k.4) cost mediu/ bolnav cu distonii musculare cu înlocuire a kit-ului de reîncărcare a stimulatorului /an: 29.155,00 lei ”.

Natura cheltuielilor:

1) dispozitive medicale și materiale sanitare specifice;

2) servicii prin tratament Gamma-Knife.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București [activitățile: a), b), c), d), f) și i)];
- b) Spitalul Universitar de Urgență București [activitățile: a), c), e), f), g), h) și i)];
- c) Spitalul Clinic de Urgență București [activitățile: a), e), g) și h)];
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași [activitățile: e), g) și h)];
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș [activitățile: a), d), e), f), g) și h)];
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova [activitățile: a), e), f), g) și h)];
- g) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași [activitatea a)];
- h) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" București [activitatea e)];
- i) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara [activitățile: a), e)];
- j) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava [activitățile a), e), g) și h)];
- k) Spital Clinic de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" [activitățile a), e), f), g) și h)];
- l) Institutul Clinic Fundeni [activitățile e), g) și h)];
- m) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș [activitățile a), e) și g)];
- n) Societate Comercială SANADOR - S.R.L. - București [activitățile a), c), d), e), f), g), h) și i)];
- o) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brânzeu" Timișoara [activitățile a), d), e), f), g) și h)];
- p) Spitalul Județean de Urgență Pitești [activitățile a), e), f) g) și h)];
- q) Spitalul Universitar de Urgență Elias București [activitățile a), e), g) și h)];
- r) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București [activitățile a), e), g) și h)];
- s) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București [activitățile a), e), g) și h)];
- ș) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea [activitățile a) și e)];
- t) Spitalul Militar de Urgență "Dr. Constantin Papilian" Cluj [activitățile a), e), f), g) și h)];
- ț) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Oprea" Baia Mare [activitățile a) și e)].

Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

Obiective:

- a) tratamentul microchirurgical al pacienților cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos;
- b) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui stimulator al nervului vag;
- c) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă.

Activități:

- a) selecția pacienților pe baza datelor obținute prin monitorizarea electroencefalografică de lungă durată;
- b) examenul imagistic prin rezonanță magnetică nativ și cu substanță de contrast, completat cu evaluarea stării psihice, comportamentale, ce apreciază capacitatea și rezerva funcțională cerebrală;
- c) realizarea procedurilor microchirurgicale neurochirurgicale: monitorizare intraoperatorie prin electrocorticografie, aplicare de electrozi subdurali pe suprafața cortexului sau în profunzimea parenchimului cerebral, rezecția focarului epiteptogen, ghidarea rezecției chirurgicale prin intermediul neuronavigației;
- d) folosirea tehnicilor reconstructive în vederea reconstructio ad integrum a pacienților neurochirurgicali;
- e) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui stimulator al nervului vag;
- f) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui dispozitiv medical;
- g) înlocuirea generatorului implantabil al stimulatorului nervului vag.

Criterii de eligibilitate:

- a) bolnavi (copii și adulți cu vârsta cuprinsă între 8 și 45 ani) diagnosticați cu epilepsie focală farmacorezistentă care acceptă riscurile intervenției neurochirurgicale pe baza consimțământului informat și care nu prezintă boli asociate severe (insuficiențe de organ, neoplazii progresive) care cresc riscurile intervenției sau minimalizează beneficiile;
- b) bolnavi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos definită ca imposibilitatea stopării recurențelor crizelor epileptice în pofida tratamentului medicamentos instituit după două tentative terapeutice cu medicație antiepileptică, corect selectată și dozată adecvat, într-o perioadă de 2 ani;
- c) bolnavi ce prezintă intoleranță la tratamentul medicamentos anticonvulsivant (bolnavi polialergici);
- d) bolnavi cu epilepsie focală și multifocală neresponsivă la tratamentul medicamentos care îndeplinesc următoarele criterii:
 - d1) bolnavi adulți între 18 - 65 ani;
 - d2) diagnostic corect de epilepsie focală caracterizată prin crize focale cu sau fără generalizare secundară;
 - d3) crize inadecvat controlate cu cel puțin 3 medicamente antiepileptice corect administrate și dozate;
 - d4) crize focale cu frecvență lunară, invalidante (cu pierdere de conștientă, cădere etc.), dar nu mai mult de 10 crize/zi;
 - d5) bolnavul să fi beneficiat de o evaluare corectă într-un centru specializat în epilepsie;
 - d6) bolnavul nu este considerat candidat pentru procedura de rezecție chirurgicală sau tratament prin tehnici microchirurgicale;
 - d7) bolnav care a avut o intervenție operatorie care a eșuat în controlul bolii sau un implant de nerv vag care nu a fost tolerat sau nu a controlat boala suficient;
 - d8) bolnavi care au beneficiat de implantarea stimulatorului nervului vag, la care dispozitivul a ajuns la termenul duratei medii de lucru (5 ani) și la care dispozitivul trebuie înlocuit.

NOTĂ:

Procedura nu poate fi indicată bolnavilor cu contraindicații chirurgicale legate de diverse comorbidități (tulburări de coagulare etc.) Bolnavii implantați cu dispozitiv de stimulare cerebrală profundă vor fi urmăriți ulterior pentru adaptarea parametrilor de stimulare.

Indicatori de evaluare:**1) indicatori fizici:**

a) număr de pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin proceduri microchirurgicale/an: 8;

b) număr de pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin implant de stimulator al nervului vag/an: 12;

c) număr de pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă/an: 1;

d) număr de pacienți cu înlocuire a generatorului implantabil al stimulatorului nervului vag/an: 14;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin proceduri microchirurgicale/an: 64.606 lei;

b) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos cu implant de stimulator al nervului vag/an: 88.109 lei;

c) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă/an: 75.115 lei;

d) cost mediu/pacient cu înlocuire a generatorului implantabil al stimulatorului nervului vag/an: 77.662,50 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale și materiale sanitare specifice.

Unități care derulează subprogramul:

a) Spitalul Universitar de Urgență București;

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

Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil**Activități:**

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

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani, diagnosticați cu hidrocefalie de orice natură (congenitală sau dobândită, comunicantă sau obstructivă), care urmează să fie supuși intervențiilor chirurgicale pentru drenaj definitiv sau temporar (drenaj extern), precum și pentru revizia sistemelor de drenaj.

Indicatori de evaluare:**1) indicatori fizici:**

- număr de copii cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratați/an: 153.

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/copil cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratat/an: 2.007 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale și materiale sanitare specifice.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca - Secția clinică neurochirurgie;
- d) Spitalul Clinic de Pediatrie Iași;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara - Secția neurochirurgie;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș - Secția neurochirurgie;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța - Secția neurochirurgie.
- h) Societatea Comercială SANADOR - S.R.L;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- j) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" - București.

Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Activități:

- tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular.

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu sindrom postlaminectomie.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi tratați prin implant neuromedular/an: 16.

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin implant neuromedular/an: 65.146 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale și materiale sanitare specifice.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Spitalul Universitar de Urgență București.
- b) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brânzeu" Timișoara.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE PET-CT

Activități:

- a) monitorizarea evoluției pentru unele afecțiuni
- b) evaluarea opțiunilor terapeutice
- c) diagnosticul și monitorizarea unor bolilor rare

Criterii de eligibilitate pentru monitorizarea bolii la bolnavii cu afecțiuni oncologice:

A. pentru bolnavi adulți:

1. Cancere ale capului și gâtului (tumori ale sferei ORL):

- a) identificarea tumorii primare la bolnavii diagnosticați clinic cu adenopatie laterocervicală unică, având examen histopatologic de carcinom scuamos metastatic și fără detecție a localizării primare prin alte metode imagistice (CT, IRM);
- b) evaluarea răspunsului la tratament la 3 - 6 luni după radiochimioterapie la bolnavii cu mase tumorale reziduale;
- c) diagnosticul diferențial al recidivei tumorale suspectate clinic, față de efectele locale ale radioterapiei.

2. Cancerele tiroidiene

- a) detecția bolii reziduale sau a recidivei cancerului tiroidian papilar folicular cu nivele crescute de tireoglobulină și/sau antitireoglobulină și scintigrama cu radioiod negativă;
- b) evaluarea evoluției carcinomului medular tiroidian tratat, asociat cu nivele de calcitonină cu investigații imagistice (CT, RMN, scintigrafie osoasă sau cu octreotide), normale sau echivoce;
- c) detecția bolii reziduale sau a recidivei cancerului tiroidian papilar cu nivel crescut de tireoglobulină și/sau antitireoglobulină și scintigramă cu radioiod negativă.

3. Cancerul mamar

- a) evaluarea leziunilor multifocale sau a suspiciunii de recurență la bolnavi cu sâni denși la examen mamografic;
- b) diagnosticul diferențial al plexopatiei brahiale induse de tratament față de invazia tumorală la bolnavi cu examen RMN echivoc sau normal;
- c) evaluarea extensiei bolii la bolnavii cu tumori avansate locoregional;
- d) cazuri cu suspiciune de leziuni de recidivă sau metastaze la distanță în urma unor rezultate crescute ale examenelor de laborator (CA 15-3, fosfataza alcalină), sau suspiciune clinică cu investigații imagistice neconcludente sau negative.

4. Cancerul pulmonar cu celule "non small" (NSCLC):

- a) stadializarea bolnavilor considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală: în mod specific bolnavii cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT sau adenopatii mediastinale între 1 și 2 cm la examenul CT și bolnavi cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze, cum ar fi mărirea de volum a glandei suprarenale;
- b) caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni peste 1 cm (în special în cazul unei biopsii eșuate sau în cazul în care există un risc crescut de pneumotorax la bolnavii cu comorbidități medicale);
- c) evaluarea suspiciunii de recidivă sau reluare a evoluției bolii clinic și imagistic.

5. Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC):

- stadializarea bolnavilor cu SCLC cu boala limitată la examenul CT considerați apti pentru terapie radicală.

6. Neoplazii pleurale maligne:

- a) pentru ghidajul biopsiei la bolnavii cu suspiciune de leziune pleurală malignă: cu îngroșare pleurală; FDG are mai mică utilitate la bolnavii care prezintă doar revărsat pleural sau la cei cu istoric de pleurodeză;
- b) pentru excluderea diseminării extratoracice la bolnavii cu mezoteliom propuși pentru terapie multimodală care include chirurgie radicală/decorticare.

7. Carcinomul timic:

- a) stadializarea bolnavilor considerați operabili;
- b) evaluarea leziunilor timice incerte dacă sunt considerate a beneficia de tratament radical.

8. Carcinoamele esofagiene:

- a) stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală radicală, incluzând bolnavii care au primit tratament neoadjuvant;
- b) evaluarea suspiciunii de recidivă la bolnavii cu investigații radiologice negative sau echivoce.

9. Carcinoamele gastrice:

- a) stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate;
- b) reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă, potențial operabile, cu investigații radiologice neconcludente sau negative.

10. Tumorile stromale gastrointestinale (G.I.S.T.):

- a) stadializarea preterapeutică a bolnavilor care vor necesita probabil terapie sistemică;
- b) evaluarea răspunsului la terapia sistemică.

11. Carcinoame pancreatice:

a) stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate și investigații imagistice neconcludente;

b) reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă cu investigații imagistice echivoce sau negative.

NOTĂ:

Aproximativ 30% din cazurile de adenocarcinom pancreatic pot să nu capteze FDG.

12. Carcinoamele colorectale:

a) stadializarea bolnavilor cu metastaze sincrone operabile la momentul diagnosticului;

b) stadializarea preoperatorie în cancerul rectal;

c) restadializarea bolnavilor cu recidive considerate rezecabile și/sau leziuni metastatice considerate rezecabile;

d) detecția recidivelor la bolnavi cu markeri tumorali în creștere și/sau suspiciune clinică de recidivă cu investigații imagistice normale sau echivoce;

e) evaluarea maselor tumorale presacrate posttratament în cancerul de rect.

13. Carcinoamele ovariene:

a) evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor valori crescute ale CA125, cu investigații imagistice negative sau echivoce;

b) evaluarea cazurilor cu suspiciune imagistică de reluare a evoluției bolii, cu CA 125 normal.

14. Carcinoamele uterine:

a) stadializarea sau restadializarea bolnavilor cu carcinoame uterine (col/endometru) considerate apte pentru intervenție chirurgicală exenterativă;

b) stadializarea bolnavilor cu cancer de col uterin suspicionate a avea boală avansată local (cu leziuni suspecte, cum ar fi adenopatii pelvine anormale la examen RMN) sau cu risc crescut pentru adenopatii para-aortice sau leziuni metastatice la distanță;

c) suspiciune de recidivă de carcinom de col uterin sau carcinom endometrial cu examene radiologice care să sugereze evoluția bolii.

15. Tumori ale celulelor germinale:

a) evaluarea reluării evoluției bolii la bolnavii cu tumori nonseminomatoase, seminomatoase sau teratom, cu markeri tumorali crescuți sau în creștere și/sau investigații imagistice echivoce sau normale;

b) evaluarea maselor reziduale postterapeutic la bolnavii cu tumori nonseminomatoase, seminom sau teratom.

NOTĂ:

Teratoamele mature diferențiate pot să nu capteze FDG și nu pot fi excluse în cazul unei investigații PET-CT negative.

16. Carcinoamele anale, vulvare și peniene:

- stadializarea cazurilor selectate pentru tratament radical și care au investigații imagistice echivoce.

17. Limfoame:

a) stadializarea bolnavilor cu Limfom Hodgkin sau cu limfoame non-Hodgkin agresive;

b) evaluarea de etapă a răspunsului la tratament la bolnavii cu limfom Hodgkin sau limfoame non-Hodgkin agresive, după două-trei cicluri de chimioterapie;

c) stadializarea bolnavilor cu limfom folicular în stadii incipiente, considerate eligibile pentru radioterapie;

d) evaluarea răspunsului la tratament la bolnavii cu limfom Hodgkin sau limfoame non-Hodgkin agresive;

- e) evaluarea suspiciunii de recidivă la bolnavii simptomatici cu limfoame Hodgkin și limfoame non-Hodgkin cu examen CT/RMN neconcludent;
- f) evaluarea bolnavilor pretransplant pentru aprecierea masei tumorale și a oportunității transplantului;
- g) stadializarea suspiciunii de recidivă posttransplant;
- h) evaluarea răspunsului la tratamentul de linia a doua și la tratamentele ulterioare la bolnavii cu limfoame averse FDG;
- i) excluderea afectărilor sistemice în limfoamele cutanate;
- j) determinarea extensiei și identificarea locului potrivit pentru biopsie la bolnavii cu limfoame cu grad de malignitate scăzut la care este suspectată transformarea în limfom cu grad înalt de malignitate.

18. Mieloame:

- a) evaluarea bolnavilor cu plasmocitom aparent solitar sau la bolnavii cu leziuni osteolitice ambigue;
- b) suspiciunea de recidivă la bolnavii cu mielom nesecretant sau cu boală predominant extramedulară.

19. Melanomul malign:

- a) leziuni metastatice cu indicație chirurgicală (ganglionare sau metastaze la distanță);
- b) melanom cu ganglion sentinela pozitiv.

20. Tumori musculoscheletale:

- a) stadializarea sarcoamelor de părți moi de grad histologic înalt, dacă nu există deja evidența prezenței metastazelor, în special sarcoamele Ewing, rabdomiosarcoame, leiomiosarcoame, osteosarcoame, histiocitom fibros malign, sinoviosarcoame și liposarcoame mixoide;
- b) stadializarea bolnavilor cu sarcoame metastatice având indicație de metastazectomie hepatică sau pulmonară atunci când investigațiile imagistice nu au evidențiat determinări extrahepatice sau extrapulmonare care să contraindica intervenția chirurgicală;
- c) evaluarea răspunsului la tratament în sarcoamele de grad înalt;
- d) evaluarea indicației de amputație în sarcoamele de grad înalt, pentru excluderea determinărilor metastatice la distanță;
- e) evaluarea inițială (stadializarea) și a răspunsului la chimioterapie în osteosarcoame;
- f) stadializarea inițială și evaluarea răspunsului la tratament la bolnavii cu sarcom Ewing și examen scintigrafic osos negativ.

21. Tumori neuroendocrine:

- a) evaluarea beneficiului terapeutic la încheierea tratamentului sau evaluare postoperatorie;
- b) evaluarea determinărilor multifocale la bolnavii cu paragangliom propuși pentru intervenție chirurgicală.

22. Localizarea carcinoamelor oculte la bolnavii cu metastaze cu punct de plecare neprecizat.

Detecția localizării primare în situația în care investigațiile imagistice sunt neconcludente.

B. pentru copii

1. Limfom Hodgkin:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament după 2/4 cicluri de chimioterapie;
- c) evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem;
- d) evaluarea răspunsului la tratament la finalizarea tratamentului oncologic;
- e) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

2. Limfom non-Hodgkin:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament;
- c) evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem;
- d) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

3. Sarcoame de țesuturi moi:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament, în cursul tratamentului multimodal (pre-operator, pre-radioterapie), la finalizarea tratamentului oncologic;
- c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

4. Osteosarcom:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament;
- c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

5. Sarcom Ewing:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament, în cursul tratamentului multimodal (preoperator, preradioterapie), la finalizarea tratamentului oncologic;
- c) evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem;
- d) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

6. Neuroblastom:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament;
- c) evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem;
- d) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

7. Tumori cu celule germinale (toracice, abdominale, gonadale):

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament;
- c) evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem;
- d) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

8. Histiocitoză cu celule Langerhans:

- a) evaluare preterapeutică;
- b) evaluarea răspunsului la tratament;
- c) evaluare pre- și postprocedură terapeutică de chimioterapie cu doze mari și transplant autolog de celule stem;
- d) suspiciune de recidivă/reluare de evoluție evidențiată prin alte investigații imagistice.

9. Tumori hepatice maligne:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament (pre/postoperator);
- c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

10. Tumori renale maligne:

- a) stadializare;
- b) evaluarea răspunsului la tratament;
- c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

11. Malignitate cu sediu primar necunoscut:

- a) localizarea tumorii primare;
- b) stadializare;
- c) evaluarea răspunsului la tratament;
- d) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

12. Tumori rare la copil, specifice adultului (cancer colorectal, cancer bronhopulmonar, neoplazii ale capului și gâtului, melanom malign, neoplasm esofagian, gastric sau pancreatic, cancer tiroidian, GIST, tumori neuroendocrine, neoplasm de ovar, altele decât tumori cu celule germinale) - vor fi aceleași criterii ca la bolnavii adulți.

Criterii de eligibilitate pentru evaluarea bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos :

1. pentru bolnavii adulți:

- a) epilepsii focale rezistente la tratament IRM negative
- b) epilepsii focale IRM pozitive în care leziunea IRM nu concordă cu datele clinice/EEG sau cu leziuni nespecifice IRM
- c) delimitarea limitelor rezecției în cazuri neclare înainte sau după SEEG

2. pentru copii

- a) epilepsii focale rezistente la tratament IRM negative;
- b) epilepsii focale IRM pozitive în care leziunea IRM nu concordă cu datele clinice/EEG sau cu leziuni nespecifice IRM
- c) bolnavi cu vârsta < 2 ani cu encefalopatii epileptice cu elemente de focalizare clinic sau EEG, IRM negative
- d) delimitarea limitelor rezecției în cazuri neclare înainte sau după SEEG

NOTĂ:

Recomandarea pentru examinarea PET/CT se va face cu aprobarea comisiei de experți a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în baza referatului de justificare. Înainte de efectuarea investigației bolnavii trebuie să completeze consimțământul informat. (anexa 13)

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi tratați cu afecțiuni oncologice/an: 12.015;
- b) număr de bolnavi adulți cu epilepsie / an: 50
- c) număr de bolnavi copii cu epilepsie / an 30

2) indicatori de eficiență:

- tarif/investigație: 4.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii medicale paraclinice - investigații PET-CT.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Pozitron-Diagnosztika, Oradea;
- b) Societatea "Affidea Romania" - S.R.L. - București;
- c) Societatea Comercială "CT Clinic" - S.R.L., Cluj-Napoca;
- d) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - București;
- e) Societatea "Affidea Romania" - S.R.L. - Timișoara;
- f) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Iași;
- g) Institutul Regional de Oncologie Iași;
- h) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;

- i) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Braşov;
- j) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
- k) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
- l) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
- m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Galaţi;
- n) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Bucureşti - Şişeşti.
- o) S.C. Medima Health - S.A. - Sibiu

COST -VOLUM

Activităţi:

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

1. oncologie
2. scleroza multiplă
3. unele boli rare: mucoviscidoză
4. boli rare - medicamente incluse condiţionat:
 - a. bolnavi adulţi cu boala Crohn luminală nonactivă
 - b. bolnavi cu alfa-manozidoză;
 - c. bolnavi cu purpură trombocitopenică trombocitică dobândită (PTTd) (Caplacizumabum);
 - d. bolnavi cu boala Fabry (Algasidasum Alfa);
 - e. bolnavi cu hemofilie A
 - f. bolnavi cu cistinoză nefropatică confirmată;

Unităţi care derulează programul:

1) oncologie

a) unităţi sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate prin care se implementează Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice si care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 B 1

b) farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate

2) Scleroză multiplă

- unităţi sanitare prevăzute la capitolul IX titlul "Programul naţional de boli neurologice" subtitlul "Unităţi care derulează programul" care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 E.

3) mucoviscidoză:

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

4) boli rare - medicamente incluse condiţionat:

a) bolnavi adulţi cu boala Crohn luminală nonactivă/uşor activă, cu fistule perianale complexe atunci când fistulele prezintă un răspuns inadecvat la cel puţin un tratament convenţional sau biologic:

- a.1) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
- a.2) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara;
- a.3) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca;
- a.4) Spitalul Clinic Colentina - Bucureşti;
- a.5) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
- b) bolnavi cu alfa-manozidoză uşoară până la moderată cu manifestări nonneurologice:

- b.1) Spitalul Județean de Urgență Vâlcea;
- b.2) Spitalul Județean de Urgență Dr. Fogolyan Kristof Sf. Gheorghe;
- b.3) Spitalul Județean de Urgență Târgoviște;
- c) purpură trombocitopenică trombotică dobândită (PTTd) (Caplacizumabum);
- c.1) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- c.2) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- c.3) Institutul Clinic Fundeni București;
- c.4) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare;
- c.5) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;
- c.6) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- c.7) Spitalul Clinic de Urgență Sf. Spiridon Iași;
- c.8) Spitalul Clinic Colentina București.
- d) bolnavi cu boala Fabry (Algasidasum Alfa)
 - unități sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute la capitolul IX titlul "Programul național de tratament pentru boli rare" subtitlul "Unități care derulează programul" punctul 5 și care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 G.1;
- e) bolnavi cu hemofilie A
 - unități sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute la capitolul IX titlul "Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei" subtitlul "Unități care derulează programul" punctul 1 "Tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenții chirurgicale" și care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 F.2.
- f) bolnavi cu cistinoza nefropatica confirmată
 - farmacii cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

ANEXA 1**la Normele tehnice****CONTRACT****pentru finanțarea de furnizare de servicii medicale spitalicești din cadrul programelor
naționale de sănătate curative în anii 2022 - 2023****I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, e-mail, reprezentată prin Director general,

și

Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, fax e-mail, reprezentată prin

Unitatea sanitară cu paturi este*)

*) Se va completa cu "publică"/"publică cu asociat unic unitate administrativ-teritorială"/"privată".

II. Obiectul contractului**ART. 1**

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

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

pentru asigurarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute

.....
(se completează, după caz, în funcție de program/subprogram)

necesare în terapia în spital/în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr., denumite în continuare norme tehnice.

III. Durata contractului**ART. 2**

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023.

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului

IV. Obligațiile părților**ART. 4**

(1) Obligațiile casei de asigurări de sănătate sunt:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din

chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina de internet proprie și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii.

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, /în format electronic, după caz în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă /calificată, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

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

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

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare și monitorizare a

leucemiilor acute; în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/investigațiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord , în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

j) să țină evidența distinctă pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor 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;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea, 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/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, 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 bolnavilor 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.

l) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza..

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), au obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare de la încheierea contractelor, bugetul de venituri și

cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

ART. 5

Obligațiile unității sanitare sunt:

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile sanitare cu paturi au următoarele obligații:

a) să furnizeze medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea precum și servicii medicale, bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare și să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

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

c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unitățile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

d) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele / materialele sanitare și s-au efectuat serviciile medicale la casa de asigurări de sănătate factura, însoțită de documentele justificative, în vederea decontării medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate precum și a serviciilor medicale acordate, în limita sumei prevăzute în contract

e) să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor terapeutice;

f) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

k) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații 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 /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestuia, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate 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 național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

m) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

n) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, și altele asemenea, precum și pentru servicii medicale care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale/medicamentelor specifice programelor naționale de sănătate curative, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

o) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora, precum și cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista, sau a unor medicamente incluse în Lista dar care nu se decontează din Fond pentru indicațiile pentru care au fost recomandate, să informeze asigurații 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;

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

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

r) să achiziționeze, în condițiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ-valorice, în condițiile legii, la nivelul prețului de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare;

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

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, pentru medicamente din cadrul programelor naționale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, și să o elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere.

t) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să 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, și să prescrie medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

ț) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare; în vederea asigurării tratamentului cu medicamente biologice, precum și în cazul medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea acestora în foaia de observație clinică generală/foaia de spitalizare de zi se realizează pe denumire comercială. În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului, în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor

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

v) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

w) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

x) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

y) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

z) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, și altele asemenea pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor 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;

aa) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, și altele asemenea asigurate potrivit prevederilor lit. z) și y) și decontate din bugetul FNUASS;

ab) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile prevăzute la lit. z) și y) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, și altele asemenea, după caz, de copii ale documentelor justificative/documentelor însoțitoare;

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

ad) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naționale curative de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, ortopedie și boli cardiovasculare, după caz. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operational în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

ae) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative/ subprograme/activități pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora.

af) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, și a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ag) să transmită integral toate cazurile care au beneficiat de materiale sanitare specifice în cadrul programului național de ortopedie, către Registrul Național de Endoprotezare (R.N.E.) conform Procedurii de Raportare a R.N.E., prin intermediul formularelor standardizate, cu frecvența lunară către R.N.E.

V. Valoarea contractului

ART. 6

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.
2. Pentru anul 2022, valoarea contractului (Se detaliază fiecare program/subprogram.) este:

1. lei;

2. lei;

Suma contractată pe an se defalcă pe trimestre.

3. Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, CAS decontează contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la CAS până la data de, cu încadrarea în sumele contractate.

VI. Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative

ART. 7

(1) Unitatea sanitară prezintă în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea indicatorii specifici programelor realizați în luna anterioară și documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente și/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, cererea justificativă, însoțită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele și/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 tratați, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu prin tratament Gamma Knife.

(3) Pentru serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi diagnosticați, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu de diagnosticare a leucemiilor acute, precum și copii ale referatelor de solicitare a serviciilor de diagnostic și a rezultatelor serviciului efectuat.

ART. 8

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

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

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

VII. Răspunderea contractuală

ART. 9

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

ART. 10

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

ART. 11

(1) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a) - c), e)-h), j), o)-s), ț), v), x), y), z), ac), ad) și ae) atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

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

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

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. u) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru a unui procent de 1%, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul /subprogramul/activitatea respectiv.

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 2% față de procentul prevăzut la lit. a) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

c) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către unitățile sanitare cu paturi a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. n), ș) t), aa), ab) și af) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% din valoarea decontată, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea decontată, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art.5 lit. w), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. w), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(5) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. ag) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează 0,5% din contravaloarea materialelor sanitare specifice utilizate în cazurile care nu au fost raportate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% din contravaloarea materialelor sanitare specifice utilizate în cazurile care nu au fost raportate;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% din contravaloarea materialelor sanitare specifice utilizate în cazurile care nu au fost raportate.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică unitatea sanitară în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; unitatea sanitară are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația unității sanitare, aduce la cunoștința acesteia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării unității sanitare, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru unitățile sanitare care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(8) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

ART. 12

Contractul încheiat de către unitățile sanitare cu paturi pentru furnizare de servicii medicale în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suspendă printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situații:

a) nu mai îndeplinesc condițiile de acordare a tratamentului specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

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

(3) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin, fuziune, prin divizare sau prin transformare, contractele pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național de sănătate curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

ART. 13

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

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

ii. încetare, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

iii. încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

VIII. Soluționarea litigiilor

ART. 14

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

IX. Clauze speciale

ART. 15

Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2022.

ART. 16

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

ART. 17

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

X. Forța majoră

ART. 18

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

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu se procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea la termen.

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

XI. Dispoziții finale

ART. 19

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

ART. 20

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

XII. Alte clauze

.....

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

Casa de Asigurări de Sănătate

.....

Director general,

.....

Director executiv

Direcția management și economic,

.....

Director executiv

Direcția relații contractuale,

.....

Medic-șef,

.....

Avizat juridic, contencios

.....

Furnizor de servicii medicale

.....

Manager,

.....

Director financiar-contabil,

.....

Director medical,

.....

ANEXA 2**la Normele tehnice****CONTRACT**

de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate curative în anii 2022 - 2023

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, e-mail reprezentată prin Director general,

și

- Societatea farmaceutică, reprezentată prin

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

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

II. Obiectul contractului**ART. 1**

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

III. Furnizarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative**ART. 2**

Furnizarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind sublista C - secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, precum și a reglementărilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru

anii 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr., denumite în continuare norme tehnice.

ART. 3

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

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

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

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

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

IV. Durata contractului:

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023.

ART. 5

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

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat

de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum și materialelor sanitare specifice raportate contractate, efectuate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă/calificată, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

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

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

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de medicamente, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare și altor asemenea, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative care ateste eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

j) să țină evidența distinctă pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor 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;

k) să deconteze contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea 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/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor 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. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare - pentru medicamentele din sublistele C - secțiunea C2, din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările ulterioare;

b) să furnizeze medicamente/ materiale sanitare specifice /dispozitive medicale specifice bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, în mod nediscriminatoriu, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

c) să întocmească și să prezinte / transmită în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și materialele sanitare specifice la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative, în vederea decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate în limita sumei prevăzute în contract. Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu

datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

d) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege furnizorul care a încheiat contract pentru furnizarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor/materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării medicamentelor/ materialelor sanitare specifice /dispozitivelor medicale specifice. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării medicamentelor/materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligați să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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

j) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele, materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul, respectiv

toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

k) să nu încaseze sume de la asigurați pentru medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

l) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

m) să se aprovizioneze, în maximum 48 de ore cu medicamentele și materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017 privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente;

n) să verifice prescripțiile medicale off-line în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

o) să respecte modul de eliberare a medicamentelor, materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, în condițiile stabilite prin normele tehnice;

p) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie. Acest program se stabilește potrivit prevederilor legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

q) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative din prescripțiile medicale; indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia;

r) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", în fața primitorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line, în condițiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice din farmacie în cadrul sumei respective;

s) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

ș) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie;

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

ț) să elibereze materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative precum și medicamente al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați; în cazul în care prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât prețul de decontare, farmacia poate încasa de la asigurați, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare;

u) să nu elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative prin farmaciile/oficiile locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmaciile/oficiile locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;

v) să elibereze medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

v1) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naționale curative de oncologie și diabet zaharat, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

v3) bolnavii 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;

w) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitivele medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic

European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, și să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, însoțit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

x) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

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

z) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției la momentul eliberării medicamentelor și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, , potrivit prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Decontarea medicamentelor și materialelor sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative eliberate se face pe baza următoarelor documente: factură/facturi, borderouri centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și prescripții cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante.

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

(3) Valoarea orientativă a contractului pentru eliberarea de medicamente și materiale sanitare specifice în cadrul programelor naționale 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) Documentele necesare decontării, respectiv facturile și borderourile centralizatoare în format electronic, se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 10

În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației de la art. 7 t), se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a), b), d), e), f), h), k)-ș), ț), v)-z) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligației prevăzute la art. 7 lit. c) privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente în ambulatoriu din documentele necesare transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum și în cazul în care se constată eliberarea și raportarea de medicamente expirate, trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt

deținător de autorizație de punere pe piață, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de medicamente în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de medicamente, aduce la cunoștința furnizorului de medicamente faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(7) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmacistilor din România, precum și Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, după caz, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. t), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

(8) Situația în care furnizorul nu pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative menționate la art. 7 lit. j) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

ART. 11

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

(2) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzută la alin. (1) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line și off-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare 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.

(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 constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la alin. (2).

ART. 12

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

VII. Răspunderea contractuală

ART. 13

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

ART. 14

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

VIII. Clauză specială

ART. 15

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

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

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

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

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 16

(1) Prezentul de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe

naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea casei de asigurări de sănătate, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

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

c) în cazul încetării, indiferent de motiv, a valabilității autorizației de funcționare;

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

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

f) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a sancțiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății se aplică sancțiunile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. m) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

h) furnizorul nu deține actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice/dispozitive medicale specifice eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

i) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. u).

(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), și i) pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. c), h) și u) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin

drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărâre a Guvernului.

ART. 17

Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative încetează în următoarele situații:

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

i. furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ii. încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

iii. încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului;

e) în cazul încetării contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

ART. 18

Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorul de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului; suspendarea contractului de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice în cadrul programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative, suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

ART. 19

(1) Prevederile art. 17 și 18 referitoare la situațiile de încetare și suspendare a contractului se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

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

ART. 20

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

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența**ART. 21**

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

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

XI. Modificarea contractului**ART. 22**

(1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

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

ART. 23

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

ART. 24

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

XII. Soluționarea litigiilor**ART. 25**

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

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de

Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....
.....

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

Casa de Asigurări de Sănătate
Director general,
.....

Furnizor de medicamente și materiale sanitare
Reprezentant legal
.....

Director executiv
Direcția economică,
.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,
.....

Medic-șef,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

ANEXA 3**la Normele tehnice****CONTRACT DE FURNIZARE****de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative în anii 2022-2023****I. Părțile contractante**

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, adresă e-mail, reprezentată prin Director general,

și

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

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

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

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

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

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

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică și Laboratoare din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail

..... fax reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

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

II. Obiectul contractului

ART. 1

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

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

conform Hotărârii Guvernului .423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023 aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr....., denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în normele tehnice, respectiv:

- a)
- b)
- c)
- d)

ART. 3

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

- a) Medic sau biolog, chimist, biochimist

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

- b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau acreditați/ înscriși în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice, în condițiile legii, și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina de internet proprie și la sediul casei de asigurări de sănătate, a listei nominale a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și a valorii de contract a fiecăruia, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

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

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

e) să efectueze prin structurile de control sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorului, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizori sumele reprezentând contravaloarea investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de acestea, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea investigațiilor paraclinice;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale paraclinice, acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, 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 investigațiilor paraclinice, după caz, beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor 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.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(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. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice**ART. 7**

a) să furnizeze servicii medicale paraclinice bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, fără niciun fel de discriminare și să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii medicale paraclinice;

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

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

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

e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile medicale paraclinice la casa de asigurări de sănătate factura, însoțită de documentele justificative în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

f) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligați să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal.

g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în

calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

j) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale paraclinice acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale paraclinice înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical paraclinic și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate 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 național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale

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

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

m) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: servicii medicale paraclinice care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale paraclinice, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens

n) să verifice calitatea de asigurat, la momentul efectuării serviciului, potrivit prevederilor legale în vigoare.

o) să afișeze într-un loc vizibil, programul de lucru pe care trebuie să-l respecte și serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; informațiile privind serviciile medicale paraclinice și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări

de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală

p) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

q) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate; investigația PET-CT se efectuează numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experți de pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, valabilitatea deciziei de aprobare fiind de 45 de zile calendaristice de la data emiterii;

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

s) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

ș) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, potrivit specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

t) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora și să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor PET-CT, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului;

ț) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog medical specialist, chimist medical specialist, biochimist medical specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 6 ore.

u) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de Agenția

Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, pentru aparatura din dotare, după caz;

v) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative,

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

x) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde servicii medicale paraclinice bolnavilor 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;

y) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze, însoțite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate și decontate din bugetul Fondului, titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și bolnavilor 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

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative/ subprograme/activități pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

aa) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

VI. Modalități de plată

ART. 8

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este:

a) Programul național de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate:

- tarif/dozare hemoglobina glicozilată: 38 lei;

b) Programul național de PET-CT:

- tarif/investigație PET-CT: 4.000 lei;

c) Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți:

- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru neuroblastom: 701 lei;

- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru sarcom Ewing: 701 lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Număr de servicii	Tarif	Total lei
c0	c1	c2	c3	$c4 = c2 * c3$
1.				
2.				
3.				
TOTAL		X	X	

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 naționale de sănătate curative se face lunar, în ordine cronologică, în termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii și a documentelor justificative la casa de asigurări de sănătate și acordarea vizei "bun de plată", până la data de Factura și documentele justificative se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

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

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

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

IX. Clauze speciale

ART. 12

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

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se

certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

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

ART. 13

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

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

ART. 14

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit.a), b), d), f), h), o), p), r), s), ș), w),x), y) și aa)se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

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

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

(2) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q) și/sau 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 situații.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. g), n) și z) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

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

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

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. m), se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă

sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale paraclinice în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

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

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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 situații:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

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

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

g) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4). pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

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

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), u) t) și v);

j) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. l);

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

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

ART. 16

(1) Contractul încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice, după caz;

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

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, încetează odată cu contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

ART. 17

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

a) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigații medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. d) pentru perioada de suspendare, valoarea de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

ART. 18

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. b) și c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19

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

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

XII. Modificarea contractului

ART. 20

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate programelor naționale de sănătate curative, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 21

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

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24

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

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

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate
Director general,
.....

Furnizor de servicii medicale paraclinice
Reprezentant legal,
.....

Director executiv
Direcția economică,
.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,
.....

Medic-șef,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

ANEXA 4
la Normele tehnice

CONTRACT

pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu pentru bolnavii incluși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică în anii 2022-2023

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax reprezentată prin director general,

și

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

II. Obiectul contractului

Casa de asigurări de sănătate și Furnizorul au încheiat prezentul contract pentru furnizarea serviciilor de dializă în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr., denumite în continuare norme tehnice.

III. Dispoziții generale

Art. 1

(1) Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiția plafonului de plăți, conform art. 25.

(3) La nivelul centrelor de dializă se acordă servicii de hemodializă atât bolnavilor aflați constant în evidență, în limita a 156 de ședințe/an pentru tratamentul continuu, cât și bolnavilor tratați temporar (bolnav temporar), precum și servicii de dializă peritoneală bolnavilor aflați constant în evidență, cât și celor tratați temporar (bolnav temporar).

(4) Bolnavul constant este bolnavul tratat prin dializă pentru IRC în stadiu uremic, care necesită tratament substitutiv renal ($FG < 15$ ml/min./1,73 mp), înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui centru de dializă, în care bolnavul beneficiază de ședințe de hemodializă mai mult de 6 săptămâni.

(5) La nivelul centrelor de dializă bolnavii constanți reprezintă atât bolnavii contractați cât și bolnavii nou-introduși care nu au putut fi incluși pe un post liber sau vacantat în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (bolnavi suplimentari).

(6) Bolnavul temporar este bolnavul tratat prin dializă într-un centru de dializă pentru mai puțin de 6 săptămâni, respectiv:

a) bolnavul hemodializat pentru IRC în stadiu uremic, înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui alt centru de dializă, transferat temporar, cu respectarea condițiilor și formalităților de transfer prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

b) bolnavul titular al cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și bolnavii 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.

(7) Bolnavul nou-inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică este bolnavul la care inițierea tratamentului (primele 6 - 12 ședințe de hemodializă, respectiv primele 14 - 21 de zile de tratament prin dializă peritoneală) s-a realizat într-o unitate sanitară cu paturi, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare, aflată în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Includerea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut și în bugetul aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, cu respectarea criteriilor de calitate prevăzute în normele de dializă.

(8) În cazul în care pe durata executării contractului există situația în care un bolnav constant a întrerupt tratamentul (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) și se vacantează un loc în centrul de dializă, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre această situație la sfârșitul fiecărei perioade de raportare.

(9) În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primește noi adeziuni de la bolnavii nou-incluși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență 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 ieșirea din Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

(transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire 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 și în valoarea de contract, și va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să onoreze această cerere.

Bolnavii nou-introduși care nu au putut fi incluși pe un post liber sau vacantat în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (bolnavi suplimentari), casa de asigurări de sănătate va transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate spre analiză, trimestrial, aceste situații, putând încheia în acest sens acte adiționale, cu încadrarea în numărul total de bolnavi cuprinși în acest program și în fondurile aprobate cu această destinație prin buget în anul în curs.

(10) În cadrul raportării lunare de servicii de dializă, bolnavul nou-inclus în evidența unui centru de dializă va fi raportat de centrul de dializă în care urmează să fie tratat constant, trecând în tabelele prevăzute în anexele B1 și B2, la rubrica Observații: "N", un set minim de informații referitoare la bolnav (data inițierii tratamentului de dializă și centrul în care s-a făcut inițierea, centrul de la care provine, după caz, data intrării în centru, modalitatea de includere în centru, după caz). Furnizorii de servicii de dializă vor notifica casele de asigurări de sănătate despre aceste situații la sfârșitul perioadei de raportare.

(11) În cazul în care un bolnav constant al unui centru de dializă își exprimă adeziunea de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza prin încheierea unui act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant, respectiv cu modificarea corespunzătoare a prevederilor bugetare.

(12) În situații justificate (un centru de dializă nu mai îndeplinește condițiile pentru furnizare de servicii de dializă în sistemul de asigurări sociale de sănătate, schimbarea de domiciliu a unui bolnav inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică), furnizorii de servicii de dializă pot solicita majorarea, respectiv diminuarea volumului estimat de servicii de dializă și a valorii de contract, notificând în acest sens casele de asigurări de sănătate despre aceste situații. Părțile pot conveni să majoreze/diminueze volumul estimat de servicii de dializă și valoarea de contract prin încheierea unui act adițional, cu încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și în fondurile aprobate cu această destinație prin buget în anul în curs. Casele de asigurări de sănătate vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații justificate. Actul adițional se încheie în urma analizei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și cu avizul acesteia, trimestrial sau, după caz, prin diminuarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și majorarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant.

(13) Bolnavii noi care nu au fost incluși în centre pe locuri vacante (bolnavi suplimentari) vor fi raportați de către furnizori, iar casele de asigurări de sănătate nu vor deconta serviciile prestate pentru acești bolnavi decât după ce vor încheia acte adiționale, numai cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În această situație numărul de bolnavi constanți tratați în centru depășește numărul de bolnavi contractați.

(14) Bolnavii nou-incluși în evidența unui centru de dializă se raportează la Registrul renal român, în termen de 48 de ore, cu obligativitatea înștiințării Registrului renal român despre orice modificare survenită ulterior (devine bolnav constant, transfer în alt centru, deces, trecere la alt tip de dializă, transplant, pierdere din evidență etc.).

(15) În cazul în care în centrul de dializă sunt tratați bolnavi transferați temporar, aceștia vor fi cuprinși în raportarea lunară a centrului de dializă la care s-au transferat, urmând ca, trimestrial sau după caz, să fie întocmit un act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul beneficiază de servicii ca bolnav constant. Sumele diminuate trebuie să fie aferente volumului de servicii de care a beneficiat bolnavul pe perioada transferului temporar în alt centru de dializă și trebuie alocate, prin act adițional de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate de contract, centrului la care s-a transferat.

(16) Pentru regularizarea serviciilor de dializă, casele de asigurări de sănătate vor transmite, spre analiză, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în primele 20 de zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, date referitoare la numărul de locuri vacante și numărul suplimentar de bolnavi (nou-inițiați, transferați definitiv de la alte centre), pentru fiecare terapie contractată, distinct, pe fiecare unitate cu care este în contract.

(17) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după analiza datelor, va transmite caselor de asigurări de sănătate volumul de servicii estimat și valoarea estimată contractată, urmând ca acestea să încheie acte adiționale de regularizare.

(18) Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situație 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 art. 20 alin (2)-(5), pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut la art. 25, dar nu își asumă nicio obligație de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat.

Art. 2

(1) În înțelesul prezentului contract, termenii și noțiunile folosite au următoarea semnificație:

- a) Caz de forță majoră înseamnă orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil.
- b) Data intrării în vigoare este data la care prezentul contract intră în vigoare, prevăzută la art. 5.
- c) Data încetării are înțelesul prevăzut la art. 4.
- d) Data semnării este data la care prezentul contract este semnat de ambele părți
- e) Furnizorul înseamnă prestatorul de servicii definit potrivit prezentului contract, respectiv: unități sanitare publice și private.

f) Legile includ toate actele normative ale Parlamentului României, acte ale Guvernului României, precum și toate reglementările și hotărârile Guvernului mai jos menționate și reglementările cu caracter juridic ale autorităților publice, municipale și ale altor autorități competente, care afectează în orice mod sau sunt aplicabile serviciilor, astfel cum acestea ar putea fi modificate, completate, înlocuite și/sau republicate din când în când.

g) Materiale înseamnă toate materialele și documentația furnizată de către Furnizor pentru îndeplinirea serviciilor.

h) Norme de dializă înseamnă regulamentul de organizare și funcționare al unităților de dializă, cu anexele aferente, precum și Ghidul de bună practică, astfel cum acestea sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

i) Servicii înseamnă pachetul complet de servicii de dializă, incluse în pachetul de bază, cuprins în normele de dializă, care include servicii de hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line și servicii de dializă peritoneală continuă sau automată, precum și furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, ce urmează a fi efectuate de către Furnizor în regim ambulatoriu pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul acestora și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. Serviciile de dializă cuprind:

i.1) serviciul de hemodializă convențională și hemodiafiltrarea intermitentă on-line: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator, toate cheltuielile necesare realizării serviciului medical de hemodializă și transportului nemedicalizat al bolnavilor de la domiciliul lor la unitatea sanitară și retur, excepție făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transportului sanitar, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

i.2) serviciul de dializă peritoneală continuă și automată: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

j) Tariful contractual înseamnă tariful plătit de către casa de asigurări de sănătate Furnizorului pentru serviciile furnizate, conform art. 20.

k) Volumul estimat înseamnă volumul estimat al serviciilor ce urmează să fie furnizate de către Furnizor în condițiile prezentului contract.

l) Zi lucrătoare înseamnă o zi (dar nu sâmbăta sau duminica, în condițiile în care prin acte normative nu se stabilește altfel) în care băncile sunt deschise în mod normal pentru activitatea bancară în România.

(2) Titlurile articolelor din prezentul contract au doar scopul de a înlesni citirea și nu vor afecta interpretarea acestuia.

V. Volumul estimat de servicii

Art. 3

Bolnavi beneficiari ai Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică contractați

Tabelul de mai jos prezintă volumul estimat de servicii corespunzător perioadei contractate

Serviciul	Volumul contractat estimat	Valoarea contractată estimată - lei -
Nr. bolnavi pentru hemodializă convențională		
Nr. ședințe de hemodializă convențională pentru bolnavi constanți		
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line		
Nr. ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line pentru bolnavi constanți		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată		

Valoarea totală a contractului de la data intrării în vigoare și până la data de 31 decembrie 2022 este de lei, calculată la tarifele prevăzute la art. 20 alin (2) – (5), respectiv tarifele prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2022, cu modificările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

VI Durata contractului

Art. 4

(1) Sub rezerva la art. 5, obligațiile Furnizorului în baza prezentului contract se vor naște la data intrării în vigoare a acestuia.

(2) Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 31 decembrie 2023 și poate fi prelungită prin acte adiționale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condițiile respectării dispozițiilor legale în vigoare.

(3) Pentru anul, sumele vor fi angajate în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat.

VII. Condiții suspensive

Art. 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care

atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexa A care face parte integrantă din prezentul contract. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părțile nu convin altfel.

(2) Nedepunerea tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexa A, în termenul prevăzut la alin. (1), atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

VIII Locația serviciilor

Art. 6 Furnizorul i se solicită să furnizeze servicii în Centrul de dializă, cu sediul în, str. nr., județul

IX. Obligațiile părților

A. Obligațiile furnizorului de servicii medicale de dializă

Art. 7

Furnizorul are următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii medicale de dializă bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice din cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului la bolnavii cu insuficiență renală cronică care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;

e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile medicale de dializă, la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor medicale de dializă acordate, în limita sumei prevăzute în contract; pentru furnizorii care au semnat electronică extinsă/calificată factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic.

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

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de dializă, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract

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

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale de dializă contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical de dializă și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

m) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/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 național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale de dializa. Serviciile medicale de dializa care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

n) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale de dializă acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale de dializă înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical de dializă și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate 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 național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale de dializă;

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

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

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: servicii medicale de dializă care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale de dializă, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora, precum și cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, precum și a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

s) să verifice calitatea de asigurat la momentul acordării serviciului medical de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

t) să furnizeze serviciile de dializă bolnavilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor 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;

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

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

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

w) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și serviciile medicale de dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; informațiile privind serviciile medicale de dializă și tarifele corespunzătoare acestora sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

y) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia.

aa) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ab) să transmită / completeze datele bolnavului în dosarul electronic al acestuia;

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

ad) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările și completările ulterioare;

ae) să asigure mentenanța și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;

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

ag) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;

ah) să asigure transportul nemedical al bolnavilor pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă sau automată, prevăzuți în contract și să răspundă de calitatea transporturilor;

ai) să raporteze datele on-line Registrului Renal Român în formatul cerut de acesta;

aj) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze distinct, însoțite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

Art. 8

Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligația de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

B. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Art. 9

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de dializă contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în

vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, suportate din bugetul Fondului, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii de dializă, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de dializă, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor de dializă;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor, pentru a căror corectitudine furnizorul depune declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de dializă acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii 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 din 29 aprilie 2004, 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 dializă 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, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor 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;

k) să monitorizeze activitatea și calitatea serviciilor efectuate de Furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calității și evidențele Furnizorului;

l) să urmărească derularea prezentului contract și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de Furnizor;

m) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial, să reevalueze volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional 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 și cheltuieli aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală;

o) să publice pe site-ul propriu lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

p) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

X. Raportarea serviciilor de dializă

Art. 10

Furnizorii vor transmite lunar caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară [centralizatorul și desfășurătorul privind evidența după CNP a bolnavilor cu IRC în stadiu uremic ($FG < 15 \text{ ml/min./1,73 mp}$), tratați prin dializă în centrele de dializă, precum și sumele aferente], în formatul prevăzut în anexele B1 și B2. Documentele se certifică pentru exactitatea și realitatea datelor raportate prin semnătura electronică a reprezentanților legali.

Art. 11

Documentele menționate la art. 10 se vor realiza în baza evidențelor tehnico-operative de la nivelul centrelor de dializă și se vor transmite în format electronic la casele de asigurări de sănătate lunar, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

Art. 12

Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la art. 10 exonerează casele de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

Art. 13.

Nerespectarea de către furnizori a termenului menționat la art. 11, precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care furnizorul a depășit termenul, respectiv până la raportarea corectă.

Art. 14

Casele de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare de la primirea raportărilor, vor verifica numărul de bolnavi contractați, respectarea volumului de servicii estimat prevăzut în contract și încadrarea în valoarea estimată contractată pe tip de serviciu de dializă: hemodializă și dializă peritoneală.

Art. 15

După aplicarea prevederilor art. 14, casele de asigurări de sănătate vor notifica, în scris, furnizorilor observațiile lor, după cum urmează:

a) valoarea totală a serviciilor validate (numărul de servicii de hemodializă convențională validate și suma aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line validate și suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă validați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi și numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată validați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi);

b) valoarea totală a serviciilor invalidate (numărul de servicii de hemodializă convențională invalidate și suma aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line invalidate și suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă invalidați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată invalidați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi).

c) notificarea va fi semnată de către directorul general, directorul executiv relații contractuale/cu furnizorii, medicul-șef, persoana care întocmește documentul.

d) Furnizorii, în baza notificărilor primite de la casele de asigurări de sănătate, emit facturi pe care le transmit în format electronic la casele de asigurări de sănătate.

XI Controlul raportării serviciilor de dializă

Art. 16

Controlul serviciilor de dializă raportate de furnizori se realizează de casele de asigurări de sănătate trimestrial, la centrele de dializă, până la data de 15 a lunii următoare trimestrului pentru care se face controlul.

Art. 17

Controlul va urmări, în principal, următoarele:

- a) acuratețea și validarea datelor colectate și raportate;
- b) eventuale disfuncționalități;

c) respectarea atât a criteriilor medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât și a criteriilor de calitate a serviciilor de dializă;

d) orice alte date relevante, inclusiv date prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 18

În urma fiecărui control efectuat la furnizorii de dializă se va întocmi un raport care va fi transmis Direcției generale monitorizare, control și antifraudă din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 19

Controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie a anului următor.

XII Plata

Art. 20 Modalități de plată

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează lunar contravaloarea serviciilor de dializă realizate în luna anterioară lunii în care se face decontarea, doar pentru bolnavii contractați, în conformitate cu termenii contractuali, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

(2) Pentru bolnavii constanți, contractați care sunt supuși tratamentului de hemodializă convențională, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodializă convențională prevăzut în normele tehnice, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenționale) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

(3) Pentru bolnavii constanți, contractați care sunt supuși tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în normele tehnice, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodiafiltrării intermitente on-line) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor hemodializați și cu încadrarea în numărul total de bolnavi cu dializă prevăzut în normele tehnice) următoarelor categorii de bolnavi:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei ($eKt/V \geq 1,4$ sau fosfatemie $< 5,5$ mg/dl) nu pot fi atinse 3 luni consecutive;

b) bolnavi tineri cu șanse mari de supraviețuire prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal;

c) bolnavi cu polineuropatie "uremică", în pofida tratamentului eficient prin hemodializă convențională;

d) bolnavi cu comorbidități cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

(4) Pentru bolnavii constanți, contractați care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală continuă, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă

peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală continuă prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale continue), în limita valorii de contract

(5) Pentru bolnavii constanți, contractați care sunt supuși tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor dializați peritoneal și cu încadrarea în numărul de total de bolnavi cu dializă prevăzut în normele tehnice) următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei peritoneale continue ambulatorii ($Kt/V_{uree} < 1,7$; clearance creatinină 60 l/săptămână 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 preșcolari la care hemodializă și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;

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

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

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

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

(6) Furnizorul ia cunoștință și 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), întreținere, utilități și orice transport necesar pentru personalul medical și/sau echipament de la/la domiciliul bolnavilor dializați peritoneal (continuu sau automat), respectiv transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați (hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) de la/la domiciliul asiguratului, și nicio altă plată suplimentară nu va fi făcută de către casa de asigurări de sănătate.

(7) Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor constanți, contractați, asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigații de laborator, materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la domiciliul acestora până la centrul de dializă și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și al persoanelor cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare

a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigațiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum și transportului lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

(8) Fondurile contractate pe tip de terapie (hemodializă și dializă peritoneală) nu se pot utiliza pentru alt tip de terapie și se vor deconta numai în limita fondurilor contractate pe tip de terapie (hemodializă și dializă peritoneală).

(9) La regularizarea anuală, în condițiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face de către casele de asigurări de sănătate, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, atât pentru bolnavii constanți, contractați ai centrului, cât și pentru bolnavii transferați temporar, cu încadrarea în valoarea totală de contract. Casele de asigurări de sănătate vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații.

(10) În cazul în care, pe timpul derulării contractului și nu numai, furnizorul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute la art. 20 alin. (3) și (5), de a trata maximum 15% bolnavi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și bolnavi prin dializă peritoneală automată, serviciile acordate acestora vor fi decontate până la ieșirea din tratament a bolnavilor, cu condiția ca furnizorul să nu mai introducă niciun bolnav pe locul acestora, respectând limita de 15% calculată conform art. 20 alin. (3) și (5).

(11) Furnizorul va depune la casa de asigurări de sănătate declarația de servicii lunare, în formatul prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care va include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, numărul bolnavilor dializați pe tipuri de dializă și suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Această sumă va fi în funcție de: (i) numărul ședințelor de hemodializă convențională înmulțite cu tariful hemodializei convenționale; (ii) numărul ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțite cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line; (iii) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale continue tratați multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale continue; și (iv) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale automate tratați multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale automate, cu următoarele excepții:

a) bolnavul tratat prin ambele proceduri (hemodializă și dializă peritoneală), la care numărul de zile în care s-au efectuat ședințe de hemodializă (plătite la tarif/ședință) se scade din numărul de zile din lună cu dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an/365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

b) 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 și se calculează astfel: tariful

dializei peritoneale împărțit 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)

c) 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;

d) bolnavul cu hemodializă care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/ședință aferent tipului de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul lunar de ședințe de hemodializă;

e) 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.

(12) Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original și după validarea declarației de servicii lunare. Furnizorul va emite și va depune, în termen de zile lucrătoare, 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 și acordării vizei de "bun de plată", casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.

(13) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la art. 20 alin. (12) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

(14) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la art. 20 alin. (12), precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul

(15) Furnizorul are obligația de a nominaliza la rubrica "Cumpărător" din factură, pe lângă casele de asigurări de sănătate, în calitate de achizitor, și centrul de dializă, în calitate de beneficiar.

Datele de identificare ale furnizorilor trebuie să corespundă cu cele din contract. Rubrica "Descrierea produselor" se va completa cu "servicii de hemodializă convențională", "servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line", respectiv "servicii de dializă peritoneală continuă", "servicii de dializă peritoneală automată", valoarea serviciilor exprimată în lei la tarifele prevăzute în actele normative în vigoare, precum și numărul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 21 Suma decontată lunar va corespunde cu:

(1) suma transmisă prin notificare pentru hemodializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line), în concordanță cu numărul ședințelor prestate, verificate și validate înmulțit cu tariful/ședință de hemodializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line);

(2) suma transmisă prin notificare pentru dializă peritoneală (dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată), în concordanță cu numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale, calculată conform art. 20 alin. (11).

Art. 22

Contractele pentru serviciile de dializă se încheie după aprobarea bugetului anual al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 23

(1) Dacă bugetul anual al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu a fost aprobat cu cel puțin 3 zile înainte de 31 decembrie, caz în care limitele de cheltuieli nu pot depăși 1/12 din prevederile bugetare ale anului precedent, se încheie acte adiționale de prelungire a contractelor existente, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Contabilitatea operațiunilor rezultate din executarea contractelor încheiate

(3) Contabilitatea operațiunilor rezultate din contractele încheiate de furnizori se ține utilizându-se următoarele conturi:

a) 628 "Alte cheltuieli cu servicii executate de terți";

b) 401 "Furnizori";

c) 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

(4) Înregistrările contabile ocazionate de derularea operațiunilor rezultate din executarea contractelor încheiate cu furnizorii sunt următoarele:

a) primirea facturilor lunare și înregistrarea obligației de plată:

- 628 "Alte cheltuielile cu servicii executate de terți" = 401 "Furnizori";

b) decontarea serviciilor de dializă facturate:

- 401 "Furnizori" = 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

Art. 24

(1) Plățile de la casa de asigurări de sănătate pentru serviciile furnizate conform prezentului contract sunt sub condiția aprobării bugetului anual al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

(2) Sumele se angajează anual, în limita sumelor aprobate prin legea bugetului de stat.

(3) În cazul în care:

a) bugetul anual al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic;

b) Casa Națională de Asigurări de Sănătate stabilește că este o alocație bugetară insuficientă în bugetul său anual pentru a finanța serviciile, conform prezentului contract, orice parte poate înceta prezentul contract în conformitate cu art.27 alin. (2) lit. c) sau părțile pot conveni un volum mai mic de servicii.

Art. 25

(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 ședințelor de hemodializă convențională înmulțit cu tariful hemodializei convenționale, volumul estimat total al ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțit cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line, volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal continuu înmulțit cu tariful dializei peritoneale continue și volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal automat înmulțit cu tariful dializei peritoneale automate. Tarifele sunt prevăzute în normele tehnice.

(2). Plata totală maximă efectuată de către casa de asigurări de sănătate poate crește în cazul în care părțile convin să majoreze volumul estimat, astfel cum este prevăzut la art. 3.

(3). În situația 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.

XIII Sancțiuni

Art. 26

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de dializă a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), y), z), ab), ad) și ah) - aj) se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

(2) Nerespectarea obligației prevăzute art. 7 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute art. 7 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4). Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii medicale de dializă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(5). Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. af) și ag) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(6) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea obligațiile prevăzute la art. 7 lit. ai) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează 0,5% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% din din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;

(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. i) - l), r), s), v) și ae) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(8) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q), se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

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

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (8) pentru furnizorii de servicii medicale de dializă care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale de dializă în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale de dializă are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale de dializă, aduce la cunoștința acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale de dializă, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(11) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (8) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(12) 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) în cazul furnizorilor publici de servicii medicale de dializă.

(13) Nerespectarea de către furnizor a obligației prevăzută la art. 7 lit. p) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

XIV. Încetarea contractului

Art. 27

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

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

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

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

(3) La încetarea contractului din alte cauze decât prin atingere la termen, excluzând forța majoră, furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condițiile stipulate în contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condițiile legii.

(4) În cazul reorganizării furnizorului de servicii medicale de dializă, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii medicale de dializa încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia.

Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(5) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii medicale de dializa, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale de dializa, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

Art. 28

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor medicale de dializă, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului de servicii medicale de dializă; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ac), în condițiile în care furnizorul de servicii medicale de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare.

Art. 29

Contractul de furnizare de servicii medicale 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, de către conducerea casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare precum și expirarea certificatului de acreditare sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile 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 situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii medicale de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) la a doua constatare 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 dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 7 lit. x);

f) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), ș) și ac);

g) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ac) după expirarea termenului prevăzut la art. 28 lit. e);

h) odată cu aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 26 alin. (1);

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q).

XV Cesiunea sau subcontractarea

Art. 30

(1) Furnizorul nu are dreptul să ceseze, în tot sau în parte, drepturile sale în baza prezentului contract ori să transfere, în tot sau în parte, obligațiile 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 casei de asigurări de sănătate, cu excepția contractelor menționate în anexa A.

(2) Sub rezerva acordului scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condițiile asumate de către Furnizor.

(3) Furnizorul va fi ținut răspunzător în continuare față de casa de asigurări de sănătate, în mod solidar cu cesionarul, pentru îndeplinirea obligațiilor de către acesta, cu drept de regres împotriva cesionarului.

XVI Modificarea contractului

Art. 31

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

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

(3) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XVII Legea aplicabilă

Art. 32

Prezentul contract este guvernat și va fi interpretat în conformitate cu legile și reglementările din România.

XVIII. Răspunderea contractuală

Art. 33

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

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract furnizorul de servicii de dializă va încheia o poliță de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puțin 100.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru furnizorii de servicii), pentru astfel de riscuri și în astfel de termeni și condiții, cu un asigurător autorizat de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

XIX. Soluționarea litigiilor

Art. 34

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform art. 33 alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XX. Dispoziții finale

Art. 35

(1) Regularizarea trimestrială sau după caz se efectuează la nivel național de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(2) În cadrul Furnizorului pot fi acceptați la tratament și bolnavi tratați temporar, pe baza mecanismului stabilit potrivit normelor legale în vigoare, prin încheierea de acte adiționale, la prezentul contract.

(3) La regularizarea trimestrială, sau, după caz, prin acte adiționale la contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizori se poate realiza, la tarifele prevăzute în normele tehnice:

a) plata bolnavilor transferați definitiv dintr-un centru de dializă la un alt centru de dializă;

b) plata pentru bolnavii transferați temporar și

c) plata pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și bolnavilor 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 componente din statele ai căror asigurați sunt cu încadrarea în bugetul alocat programului.

(4) Anual se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate și validate de casele de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 156 de ședințe/bolnav/an, cu

excepția ședințelor efectuate bolnavelor cu insuficiență renală cronică în stadiul uremic, care pe perioada sarcinii necesită un număr de până la 6 ședințe de dializă/săptămână, cu menținerea ureei serice la valori < 75 mg/dl.

Art. 36

Anexele A, B1 și B2 fac parte integrantă din prezentele norme.

Art. 37

Alte clauze

.....

Prezentul contract a fost încheiat astăzi,, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Casa de Asigurări de Sănătate

Director general,

.....

Furnizor de servicii de dializă

Reprezentant legal,

.....

Director executiv

Direcția economică,

.....

Director executiv

Direcția relații contractuale,

.....

Medic-șef,

.....

Vizat juridic, contencios

.....

ANEXA A

CONDIȚII**obligatorii și suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu****A. Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:**

1. cerere pentru a intra în relații 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. autorizația sanitară de funcționare, eliberată de direcția de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, sau certificatul constatator eliberat potrivit Legii nr. 359/2004 privind simplificarea formalităților la înregistrarea în registrul comerțului a persoanelor fizice, asociațiilor familiale și persoanelor juridice, înregistrarea fiscală a acestora, precum și la autorizarea funcționării persoanelor juridice, cu modificările și completările ulterioare, după caz;
4. avizul eliberat de Ministerul Sănătății, cu avizul Comisiei de Nefrologie a Ministerului Sănătății, pentru unitățile sanitare private;
5. dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;
6. certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale;
7. dovada contului deschis la Trezoreria Statului;
8. titlu valabil asupra spațiului în care își desfășoară activitatea centrul de dializă, pentru o perioadă cel puțin egală cu durata contractului;
9. acordul scris al bolnavilor existenți în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, conform modelului:

ADEZIUNEA BOLNAVULUI

Subsemnatul(a),, bolnav(ă) al (a) Centrului de Dializă, tratat(ă) prin:

- hemodializă convențională;
- 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 ședințelor de dializă în Centrul de Dializă, începând cu data de

Data	Semnătura bolnavului
------	----------------------

.....

Centrul de dializă de la care pleacă bolnavul:

Am luat cunoștință

Data	Semnătura medicului șef/coordonator
------------	-------------------------------------

.....

Centrul de dializă la care bolnavul solicită continuarea tratamentului:

De acord, începând cu data de

Data	Semnătura medicului șef/coordonator
------------	-------------------------------------

.....

*) În această situație adeziunea va fi însoțită de referatul medical elaborat de medicul șef al centrului de dializă, din care să rezulte că sunt întrunite criteriile medicale aprobate prin ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, cu menționarea expresă a acestor criterii de includere. Referatul medical poate fi întocmit pentru maximum 15% din totalul bolnavilor tratați în centru pe tipuri de dializă (hemodializă și dializă peritoneală) și incluși în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu încadrarea în numărul total de bolnavi cu dializă aprobat.

B. Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. documente din care să reiasă existența personalului în centru, respectiv medici, asistente și personal auxiliar, cu respectarea normativului minimal de personal prevăzut de Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private:

1.1. documente privind încadrarea personalului potrivit Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private;

1.2. dovada că medicii angajați au specializare în Nefrologie;

1.3. dovada că asistenții medicali angajați au pregătire de bază în Medicină internă, Chirurgie, Terapie intensivă sau Pediatrie și specializare în hemodializă (hemodializă convențională și/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) și dializă peritoneală (continuă și/sau automată) și au urmat un stagiul de cel puțin 6 săptămâni în centre de dializă autorizate (atestat semnat de medicul coordonator al centrului) și, respectiv, dovada că au efectuat independent cel puțin 7 ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line și au instruit cel puțin 5 bolnavi pentru dializă peritoneală automată;

1.4. dovada că personalul tehnic are pregătire de bază (în cazul în care activitatea de întreținere a aparatului tehnic nu este externalizată): electronică, electromecanică, automată (medicală sau nu) și atestat de specializare pentru tipul de aparate din folosința unității, conform specificațiilor producătorului și normativelor în vigoare;

1.5. dovada că personalul care prepară soluția concentrată pentru hemodializă are atestat de specializare în operarea aparaturii din dotarea unității, numai în unitățile care prepară local soluția concentrată de dializă;

2. dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabile pe toată durata contractului, însoțite de dovada că primele de asigurare au fost plătite;

3. dovada existenței următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de dializă:

3.1. contract(e) cu furnizori autorizați potrivit legii pentru distribuirea de medicamente și materiale sanitare specifice hemodializei (hemodializă convențională și/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) și dializei peritoneale (continuă și/sau automată);

3.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizați potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură de dializă și piese de schimb, precum și aparatură aferentă;

3.3. contract(e) pentru întreținerea aparaturii de dializă încheiat(e) cu organizații de întreținere autorizate potrivit legii;

3.4. contract(e) cu laboratoare de analiză evaluate și autorizate potrivit legii, pentru serviciile cerute conform normelor de dializă, după caz;

3.5. contract(e) cu unități de tratare a deșeurilor autorizate potrivit legii, după caz;

3.6. contract(e) cu unități de catering autorizate potrivit legii, după caz;

3.7. contract(e) cu transportatori autorizați potrivit legii, pentru transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul bolnavilor și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. În situația în care transportul se realizează de către furnizor se vor prezenta documente care să ateste că acesta deține în mod legal vehiculele folosite pentru transport autorizat și că este autorizat și evaluat pentru activitatea de transport sanitar nemedicalizat.

4. dovada din care să rezulte că partenerii contractuali ai furnizorului sunt autorizați potrivit legii. Contractele vor trebui să aibă o durată de valabilitate cel puțin 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 fabricație 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 relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate). Pentru următoarele contracte încheiate de casele de asigurări de sănătate cu același furnizor și pentru același centru, acesta trebuie să facă dovada că aparatele de dializă din dotare se află în cadrul duratei de funcționare prevăzute de producător și că respectă parametrii tehnici funcționali prevăzuți de acesta;

6. dovada existenței unui sistem informatic pentru evidența bolnavilor, a serviciilor furnizate și a produselor;

7. Pentru contractarea serviciilor de hemodiafiltrare intermitentă on-line, furnizorii vor prezenta și următoarele documente:

7.1. dovada deținerii 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 deținerii unui contract cu un laborator acreditat pentru analiza apei produse și încadrarea în nivelurile maxime admise și cu frecvența menționată potrivit Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private.

8. Pentru contractarea serviciilor de dializă peritoneală automată, furnizorii vor prezenta și următoarele documente:

8.1. dovada deținerii aparatelor care pot efectua tratament prin dializă peritoneală automată;

8.2. procesul-verbal de predare-primire al aparatului încheiat cu bolnavul, precum și 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 B1la contract

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Centrul de dializă

Raportare pentru luna

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Centralizator

Tabelul 1 - Hemodializă

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - contractați

b - contractate

c - pentru bolnavi transferați temporar

d - constanți*)

e - transferați temporar

Serviciul de hemodializă, din care:	Bolnavi tratați				Ședințe de tratament				Suma de decontat (lei)	Observații
	a	din care, realizat:			b	c	TOTAL	TOTAL		
	d	e	TOTAL	pentru bolnavi constanți	pentru bolnavi transferați temporar					
C0	C1	C2	C3	C4= C2+C3	C5	C6	C7	C8= C6+C7	C9= C8*tarif	C10
Hemodializă convențională										
Hemodiafiltrare intermitentă on-line										
TOTAL:										

Tabelul 2 - Dializă peritoneală

Serviciul de dializă peritoneală, din care:	Număr de bolnavi			Suma de decontat (lei)	Observații
	contractați	constanți*)	transferați temporar		
C0	C1	C2	C3	C4	C5
Dializă peritoneală continuă					
Dializă peritoneală automată					
TOTAL:					

*) Prin bolnavi tratați constant se va înțelege numărul total de bolnavi tratați în centru.

Tabelul 3 - Suma de decontat

Hemodializă, din care		Dializă peritoneală:		TOTAL:
Hemodializă convențională	Hemodiafiltrare intermitentă on-line	Dializă peritoneală continuă	Dializă peritoneală automată	
C1	C2	C3	C4	C5=C1+C2+C3+C4

C1 din tabelul 3 = C9 Hemodializă convențională din tabelul 1

C2 din tabelul 3 = C9 Hemodiafiltrare intermitentă on-line din tabelul 1

C3 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală continuă din tabelul 2

C4 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală automată din tabelul 2

Certificat în privința exactității și realității

Furnizor

(reprezentant legal),

ANEXA B2

la contract

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Centrul de dializă

Raportare pentru luna

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor cu IRC beneficiari de hemodializă și dializă peritoneală și a sumelor de decontat

I. HEMODIALIZĂ

Tabelul I.A - Bolnavi constanți tratați prin hemodializă convențională

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemodializă convențională realizate	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodializă convențională

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemodializă convențională realizate	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.C - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodializă convențională - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemodializă convențională realizate	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 1 - Bolnavi tratați prin hemodializă convențională

TOTAL		
Bolnavi cu hemodializă convențională	Ședințe hemodializă convențională	Suma de decontat (lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul I.A + total C1 din tabelul I.B + total C1 din tabelul I.C

C2 = total C4 din tabelul I.A + total C4 din tabelul I.B + total C4 din tabelul I.C

C3 = total C6 din tabelul I.A + total C6 din tabelul I.B + total C6 din tabelul I.C

II. HEMODIAFILTRARE INTERMITENTĂ ON-LINE

Tabelul II.A - Bolnavi constanți tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemo-diafiltrare intermitentă on-line realizate	Tarif/ședință hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodiafiltrare

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemo-diafiltrare intermitentă on-line transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemo-diafiltrare intermitentă on-line realizate	Tarif/ședință hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.C - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemo-diafiltrare intermitentă on-line transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemo-diafiltrare intermitentă on-line realizate	Tarif/ședință hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 2 - Bolnavi tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line

TOTAL		
Bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line	Ședințe hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul II.A + total C1 din tabelul II.B + total C1 din tabelul II.C

C2 = total C4 din tabelul II.A + total C4 din tabelul II.B + total C4 din tabelul II.C

C3 = total C6 din tabelul II.A + total C6 din tabelul II.B + total C6 din tabelul II.C

III. DIALIZA PERITONEALĂ CONTINUĂ

Tabelul III.A - Bolnavi cu dializă peritoneală continuă

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observații
C1					
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul III.B - Bolnavi transferați temporari cu dializă peritoneală continuă - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 3 - Bolnavi tratați prin dializă peritoneală continuă

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul III.A + total C1 din tabelul III.B

C2 = total C5 din tabelul III.A + total C5 din tabelul III.B

IV. DIALIZA PERITONEALĂ AUTOMATĂ

Tabelul IV.A - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul IV.B - Bolnavi transferați temporar cu dializă peritoneală automată - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 4 - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul IV.A + total C1 din tabelul IV.B

C2 = total C5 din tabelul IV.A + total C5 din tabelul IV.B

Tabelul 5 - Bolnavi dializați

TOTAL	
Bolnavi cu dializă	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul 1 + total C1 din tabelul 2 + total C1 din tabelul 3 + total C1 din tabelul 4

C2 = total C3 din tabelul 1 + total C3 din tabelul 2 + total C2 din tabelul 3 + total C2 din tabelul 4

Certificat în privința exactității și realității

Furnizor

(reprezentant legal),

.....

ANEXA 5**la Normele tehnice****CONTRACT DE FURNIZARE****de servicii radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi în anii 2022-2023****I. Părțile contractante**

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

și

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

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

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 afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi din cadrul Programului național de oncologie, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr., denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate**ART. 2**

(1) Furnizorul de servicii de radioterapie prestează asiguraților serviciile de radioterapie cuprinse în normele tehnice, respectiv:

Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj		
Radioterapie cu accelerator liniar 2D		
Radioterapie cu accelerator liniar 3D		
IMRT		
Brahiterapie		

ART. 3

Furnizarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi se face de către următorii medici, fizicieni medicali, fizicieni experți

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Nivel permis exercitare al activităților nucleare:

Program zilnic de activitate:

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Nivel permis exercitare al activităților nucleare:

Program zilnic de activitate:

c) Fizician medical

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Nivel permis exercitare al activităților nucleare:

Program zilnic de activitate:

d) Fizician expert

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Nivel permis exercitare al activităților 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 2023.

ART. 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor 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 părțile nu convin altfel.

(2) Nedepunerea de către Furnizor a tuturor documentelor obligatorii prevăzute la punctul I din anexa A, respectiv a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive, în termenul prevăzut la alin. (1), atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

(3) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr.423/2022

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de radioterapie autorizați și acreditați/înscriși în procesul de acreditare, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție 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 însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

c) să informeze furnizorul cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorul cu privire la derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi și cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii de radioterapie, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de radioterapie, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor de radioterapie;

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

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, 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 din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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 realizate în regim de spitalizare de zi posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada

de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor 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.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza

(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.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe site-ul propriu lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

B. Obligațiile Furnizorului de servicii de radioterapie

ART. 7

Furnizorul de servicii de radioterapie are următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii de radioterapie bolnavilor asigurați, cuprinși în programul național de oncologie și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

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

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, furnizorii de servicii de radioterapie vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul subprogramului;

e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor de radioterapie acordate, în limita sumei prevăzute în contract pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă/calificată factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic.

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific serviciilor efectuate;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de radioterapie, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor de radioterapie contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

m) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/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 național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1[^]1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de radioterapie. Serviciile de radioterapie acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată, cu completările ulterioare.

Serviciile de radioterapie înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului

de radioterapie și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile de radioterapie acordate în alte condiții decât cele menționate 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 național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

p) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile de radioterapie efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat, respectiv toate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate, cum ar fi - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: serviciile de radioterapie care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de radioterapie, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens; serviciile de radioterapie nu cuprind și a doua opinie medicală, cerută expres de asigurat în scris și care este acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și asupra consecințelor nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

s) să verifice calitatea de asigurat, la momentul acordării serviciilor de radioterapie potrivit prevederilor legale în vigoare.

ș) să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților 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 și completările ulterioare, și Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și familiei și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificările și completările ulterioare, precum și să utilizeze numai aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

t) să furnizeze serviciile de radioterapie bolnavilor titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor 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;

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

u) să angajeze personalul de specialitate potrivit cerințelor 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 și completările ulterioare, Normele privind expertul în fizică medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 1.272/266/2006, precum și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

v) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanță cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și să-l respecte, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și serviciile de radioterapie cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; informațiile privind serviciile de radioterapie și tarifele corespunzătoare serviciilor de radioterapie sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

w) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului;

x) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice.

y) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

z) să transmită / completeze datele bolnavului în dosarul electronic al acestuia;

aa) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada acreditării/ să facă dovada înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul

medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

ab) să asigure prezența 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 și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă întreagă pe zi programul unității de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie și de fizicianul medical care își desfășoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

ac) să asigure mentenanța și să întrețină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum și 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 și completările ulterioare;

ad) să întocmească și să transmită lunar, la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

ae) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

af) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile de radioterapie asigurate potrivit lit. t) și decontate din bugetul Fondului, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

VI. Modalități 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 accelerator liniar 2D: 180 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 lei
- tarif/serviciu de radioterapie IMRT: 640 lei
- 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				
Total	X	X	X	

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Trimestrul I lei,
- Trimestrul II lei,
- Trimestrului III lei,
- Trimestrul IV lei,

ART. 9

(1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declarația de servicii lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați 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 și suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul ședințelor de radioterapie pe tipuri de radioterapie înmulțit cu tariful tipului de radioterapie.

(2) Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declarația de servicii privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate și factura pentru suma prevăzută în declarația de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate și 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 menționate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la alin. (2), precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 10

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

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii de radioterapie va încheia o poliță de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puțin 100.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al președintelui CNAS pentru furnizorii de

servicii) pentru astfel de riscuri și în astfel de termeni și condiții, cu un asigurator autorizat de Comisia de Supraveghere a Asiguraților. Polița 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 voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

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

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

ART. 13

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

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

ART. 14

În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b) - h), m) - o), t) - u), v), y) z) ab) și ad) - af) se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. i) - l), r), s), și ac), se aplică următoarele sancțiuni:

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 situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile de radioterapie, raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se

recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q), se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

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

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii de radioterapie în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii de radioterapie, aduce la cunoștința acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii de radioterapie, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii servicii de radioterapie care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

(8) Nerespectarea de către furnizor a obligației prevăzută la art. 7 lit. p) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

ART. 15

Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorul de servicii de radioterapie se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de

maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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 autorizației sanitare de funcționare sau a a furnizorului de servicii de radioterapie, expirarea certificatului de acreditare sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizației de utilizare eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, conform Legii nr. 111/1996 republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

d) la a doua constatare 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 dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 7 lit. w);

f) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), ș) și aa);

h) odată cu aplicarea pe toată perioada contractului a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (1);

g) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q).

ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii de radioterapie încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

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

(2) Contractul încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

(3) În cazul reorganizării furnizorului de servicii de radioterapie, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii medicale de dializa încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în

derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia.

Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii de radioterapie, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale de dializa, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

ART. 17 Contractul de furnizare de servicii de radioterapie se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor de radioterapie, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

ART. 18

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. b) și c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 19

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

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

XI. Modificarea contractului

ART. 20

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

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 21

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

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 23

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

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

ART. 24

Anexele A și B fac parte integrantă din prezentul contract.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate a fost încheiat astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate
Director general,

Furnizor de servicii de radioterapie
realizate în regim de spitalizare de zi
Reprezentant legal,

.....

Director executiv
Direcția economic,

.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,

.....

Medic-șef,

.....

Vizat juridic, contencios

.....

ANEXA A

I. Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de radioterapie:

1) cererea/solicitarea pentru intrare în relație 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 înființare/organizare, după caz;

4) autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de legislația în vigoare,

5) avizul eliberat de Ministerul Sănătății;

6) autorizația de utilizare eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare;

7) *dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;*

8) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, după caz;

9) dovada*) contului deschis la Trezoreria Statului;

10) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și 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 și pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

12) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

13) programul de activitate al furnizorului și al personalului care își exercită profesia la furnizor;

14) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului

15) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;

16) documentul care atestă nivelul de pregătire a fizicienilor medicali/experti și a tehnicienilor.

17) certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) pentru asistentul medical/soră medicală valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

II. Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de radioterapie:

1) dovada existenței următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de radioterapie:

1.1. contract(e) cu furnizori autorizați potrivit legii pentru distribuirea de medicamente și materiale sanitare administrării concomitente cu ședința de radioterapie.

1.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizați potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură pentru radioterapie;

1.3. contract(e) pentru mentenanța și întreținerea aparatelor din unitatea de radioterapie autorizate potrivit legii;

1.4. contract(e) cu laboratoare de analize medicale autorizate potrivit legii, pentru investigațiile necesare evaluării monitorizării evoluției bolnavului cu radioterapie pentru furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu și nu are în structura proprie laborator de analize medicale;

1.5. contract(e) cu unități de tratare a deșeurilor autorizate potrivit legii;

1.6. contract(e) încheiat(e) de furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu cu unități sanitare cu paturi pentru asigurarea tratamentului eventualelor efecte secundare sau complicații ale tratamentului prin radioterapie

2) dovada existenței unui sistem informatic pentru evidența bolnavilor, a serviciilor furnizate.

Documentele menționate la pct. I și 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

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Centralizator

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Serviciul de radioterapie furnizat	Număr bolnavi cărora li s-au furnizat ședințe de radioterapie	Număr servicii furnizate	Tarif/ serviciu (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
ortovoltaj				
radioterapie 2D				
radioterapie 3D				
IMRT				
brahiterapie				
TOTAL			X	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de ortovoltaj**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de ortovoltaj	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr. ședințe 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	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența 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 radio-terapie 2D	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr. ședințe de radio-terapie 2D realizate	Tarif/ serviciu de radio-terapie 2D (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
...							
TOTAL				X		X	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența 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 ședințe de radio- terapie 3D	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr. ședințe de radio- terapie 3D realizate	Tarif/ serviciu de radio- terapie 3D (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
...							
TOTAL				X		X	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de IMRT**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de IMRT	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr. ședințe 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	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de brahiterapie**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de brahi-terapie	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr. ședințe de brahi-terapie realizate	Tarif/ serviciu de brahi-terapie (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1							
2							
...							
TOTAL				X		X	

ANEXA 6 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator PNS medicamente/materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul care însoțește factura seria nr. /data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - **) Tip document

B - ***) Țara

C - Total valoare prescripție

D - Total valoare la preț de decontare

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	Tip document / formular / pașaport european	A	B	C	D
	Nr.	Data									
	2.1	2.2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripțiile vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele/materialele sanitare eliberate pe PNS în luna anterioară.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.1 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator PNS medicamente în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - **) Tip document

B - ***) Țara

C - Total valoare prescripție

D - Total valoare la preț de decontare

lei

Nr. crt.	Bon fiscal	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	Tip formular/document european	A	B	C	D	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS în luna anterioară.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu excepția Programului național de diabet unde se va completa câte un extras borderou centralizator pentru: insulină, insulină + antidiabetice non-insulinice, respectiv pentru antidiabetice non-insulinice, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.1.1 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator medicamente eliberate pentru titularii de card european în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. card european	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data						
1	2.1	2.2	3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x		
Din care:								
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european pentru PNS								
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru titularii de card european pentru PNS								
.....								

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (8) este cuprins în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

În extrasul de borderou se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru titularii de card european pentru fiecare PNS.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.1.2 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna anul

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	*) Tip document	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data							
	2.1	2.2.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1									
...									
n									
Total	x	x	x	x	x	x	x		
Din care:									
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale pentru PNS									
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale pentru PNS									
.....									

*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

În extrasul de borderou se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru fiecare PNS.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.1.3 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene pentru luna anul

lei

Nr. crt.	Bon fiscal	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. Data							
	2.1	2.2						
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x		
Din care:								
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene pe PNS								
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene pe PNS								
.....								

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

În extrasul de borderou se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru titularii de formulare europene pentru fiecare PNS.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.1.4 la normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (**)¹ potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Tip formular/document european

B - **) Tip document

C - Total valoare prescripție

D - Total valoare la preț de decontare

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. și serie pașaport	A	B (**)	***) Țara	C	D
	Nr.	Data										
	2.1	2.2										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
...												
n												
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Din care:												
Subtotal 1 - medicamente pentru DCI-uri notate cu (**) ¹ , potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, pentru PNS												
Subtotal 2 - medicamente pentru DCI-uri notate cu (**) ¹ , potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru PNS												
.....												

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (12) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

În extrasul de borderou se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru DCI-uri notate cu (**)¹ potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru fiecare PNS.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.2 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator teste de automonitorizare în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - CNP/CID asigurat

B - Nr. card european

C - Tip formular/document european

D - **) Tip document

E - Total valoare teste la preț de decontare, din care:

F - Total valoare teste la preț de decontare copii

G - Total valoare teste la preț de decontare adulți

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	A	B	*)	C	D	***)	Nr. țara	Nr. teste	E	F	G	
	Nr. Data	crip- ție				Nr. pașă- port									
	2.1	2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
...															
n															
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Subtotal 1 - Teste de automonitorizare eliberate pentru titularii de card european															
Subtotal 2 - Teste de automonitorizare eliberate pentru acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale															
Subtotal 3 - Teste de automonitorizare eliberate pentru titularii de formulare europene															

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Coloana (13) = coloana (14) + coloana (15)

Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 13

Total coloana (13) este inclusă în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru testele de automonitorizare eliberate în luna anterioară.

În extrasul de borderou se evidențiază distinct testele de automonitorizare din rețelele eliberate pentru: titularii de card european, titularii de formulare europene, acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.3 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator din cadrul PNS aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu

pentru luna anul.....

care însoțește factura seria nr. .../data

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Tip formular/document european
- B - Total valoare prescripție
- C - Total valoare la preț de decontare

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european*)	A Nr.	**) Tip	***) Țara	B	C
	Nr.	Data									
	2.1	2.2					pașa-port	docu-ment			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.3.1 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator din cadrul PNS aferent DCI care face obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card european pentru luna anul

lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. card european	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data						
1	2.1	2.2	3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x		

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (8) este cuprins în total coloana (12) din anexa nr. 7 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.3.2 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator din cadrul PNS aferent DCI care face obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

pentru luna anul

- lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție medic	Cod parafă medic	Nr. pașaport	*) Tip document	Țara	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data							
	2.1	2.2							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1									
...									
n									
Total	x	x	x	x	x	x	x		

*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 7 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 6.3.3 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator din cadrul PNS aferent DCI care face obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu bolnavilor titulari de formulare europene

pentru luna anul

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data							
	2.1	2.2							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1									
...									
n									
Total	x	x	x	x	x	x	x		

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (9) este inclusă în total coloana (12) din anexa nr. 7 la normele tehnice.

Extrasul se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 7

la Normele tehnice

Unitatea sanitară
 Nr. contract încheiat cu CAS
 Nr. Data

Borderou centralizator PNS medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Total valoare prescripție
 B - Total valoare la preț de decontare

- lei -

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Tip document	Tip	Tara	A	B
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x	x	x	x			
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european											
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale											
Subtotal 3 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene											
Subtotal 4 - medicamente eliberate corespunzătoare DCI-uri, notate cu (**), potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările și completările ulterioare											

*) Se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (5), (7) sau (8).

Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 diferit de coloana 11

În borderoul centralizator se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale, titularii de formulare europene, precum și medicamentele eliberate corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările și completările ulterioare.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Se întocmește câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
 Reprezentant legal

ANEXA 7.1
la normele tehnice

Unitatea sanitară

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

**Borderou centralizator PNS materiale sanitare (epidermoliza buloasă) în tratamentul
ambulatoriu
pentru luna anul**

- lei -

Nr. crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Tip document	Țara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
...									
n									
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	
Subtotal 1 - materiale sanitare eliberate pentru titularii de card european									
Subtotal 2 - materiale sanitare eliberate pentru acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale									
Subtotal 3 - materiale sanitare eliberate pentru titularii de formulare europene									

*) Se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (5), (7) sau (8).

Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 10

În borderoul centralizator se evidențiază distinct materialele sanitare eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale, titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru materialele sanitare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 8
la normele tehnice

Unitatea sanitară
Nr. contract încheiat cu CAS
Nr. Data

**Borderou centralizator din cadrul PNS aferente DCI care fac obiectul contractelor
cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu
pentru luna anul**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Total valoare prescripție
B - Total valoare la preț de decontare

- lei -

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Tip document	Tip țara	A	B
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
...										
n										
Total	x	x	x	x	x	x	x	x		
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european										
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale										
Subtotal 3 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene										

*) Se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (5), (7) sau (8).

Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 11

În borderoul centralizator se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale, titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 8.1
la normele tehnice

Unitatea sanitară

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator din cadrul PNS aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul spitalicesc pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A – Cod de boală (*se va nota diagnosticul bolnavului doar pentru medicamentele pentru care indicația de codificare este prevăzută în protocolul terapeutic conform clasificării internaționale a maladiilor revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală*)

B - Total valoare la preț de decontare

-lei -

Nr. crt.	Serie și nr. foaie de condica	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	Nr. pașaport	Tip formular/document european	** Tip document	***) Tip document	Tara	A	B
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x	x	x	x			
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european											
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale											
Subtotal 3 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene											

*) Se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

***) Se completează numai în situația completării coloanei (5), (7) sau (8).

Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 11

În borderoul centralizator se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale, titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal

ANEXA 9
la Normele tehnice

REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC/MONITORIZARE LEUCEMIE ACUTĂ

Unitatea sanitară
Secția
Tel./fax, mail
Numele și prenumele medicului curant
Numele și prenumele bolnavului, CNP
Diagnostic clinic

Hemoleucograma cu frotiu
Medulograma
Colorații citochimice

Investigații 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 și ora recoltării probei
Semnătura și parafa

ANEXA 10
la Normele tehnice

**REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC GENETIC A TUMORILOR SOLIDE
MALIGNE (SARCOM EWING ȘI NEUROBLASTOM)**

Unitatea sanitară

Secția

Tel./fax, mail

Numele și prenumele medicului curant

Numele și prenumele bolnavului, CNP

Diagnostic clinic

Investigații solicitate:

1. Testare genetică pentru neuroblastom
2. Testare genetică pentru sarcom Ewing

Data și ora recoltării probei

Semnătura și parafa

ANEXA 11

la Normele tehnice

1. Formular pentru înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii eligibili cu implant cohlear

Unitatea sanitară		
Numele și prenumele bolnavului		
CNP		
Domiciliul		
Data implantării		
Urechea implantată (UD, US)		
Data activării procesorului declasat		
Modelul procesorului declasat		
Număr de serie al procesorului declasat		
Motivul declasării	procesor de sunet care a împlinit 7 ani de funcționare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură parametrii optimi de funcționare	<input type="checkbox"/>
	procesor de sunet care s-a defectat după ieșirea din perioada de garanție și nu mai poate fi reparat - Se atașează raportul de service.	<input type="checkbox"/>
Data activării procesorului nou		
Modelul procesorului nou		
Număr de serie al procesorului nou		
Observații		
Medic specialist ORL:		
Data:		

2. Formular pentru înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii eligibili cu proteză auditivă implantabilă cu ancorare osoasă

Unitatea sanitară		
Numele și prenumele bolnavului		
CNP		
Domiciliul		
Data implantării		
Urechea implantată (UD, US)		
Data activării procesorului declasat		
Modelul procesorului declasat		
Număr de serie al procesorului declasat		
Motivul declasării	procesor de sunet care a împlinit 5 ani de funcționare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură parametrii optimi de funcționare	— _
	procesor de sunet care s-a defectat după ieșirea din perioada de garanție și nu mai poate fi reparat - Se atașează raportul de service.	— _
	procesor de sunet care nu mai asigură auzul datorită formei progresive/evolutive a hipoacuziei; deteriorarea rezervei cohleare care devine nestimulabilă prin procesorul purtat de bolnav, dar permite stimularea prin schimbarea tipului de procesor cu unul de amplificare superioară	— _
Data activării procesorului nou		
Modelul procesorului nou		
Număr de serie al procesorului nou		
Observații		
Medic specialist ORL Data:		

ANEXA 12**la Normele tehnice**

**REFERAT DE JUSTIFICARE PENTRU EXAMEN PET/CT
la bolnavii cu afecțiuni oncologice**

Date identificare BOLNAV:

Nume:	Prenume:
Domiciliu:	CNP:
	Tel: e-mail:

Date clinice ale bolnavului:

Diagnostic clinic	
Stadiul bolii (TNM):	
Tratamente oncologice anterioare: Examen PET/CT anterior: Furnizor: Data:	Tratament actual: Data finalizării ultimei cure de: Radioterapie: Chimioterapie i.v.:
Motivale recomandării PET/CT:	
Rezultat estimat:	

Atenționări și riscuri

Greutate(Kg):	Claustrofobie: Da / Nu	Diabet zaharat: Da/NU Glicemie	Sarcina: Da / Nu
Talie (cm):	Astm bronșic : Da / Nu	Insulinoterapie: Da / Nu	Intervenții chirurgicale recente: Da / Nu
Alergii cunoscute: Da/Nu		Antidiabetice orale: Da / NU	Tratament anticoagulant: Da / NU

Medic solicitant

Medic curant oncolog:	Medic coordonator program oncologie
Instituția:	
Telefon: e-mail:	
Data recomandării:	Data avizării CNAS
Data efectuării investigației:	Furnizor: Rezultat atașat: DA/NU

ANEXA 14
la Normele tehnice

REFERAT MEDICAL

Subsemnatul(a), dr., în calitate de medic curant, specialist în
....., recomand inițierea terapiei cu:

- sistem de monitorizare continuă a glicemiei
 pompe de insulină
 pompe de insulină cu senzor de monitorizare continuă a glicemiei

pentru bolnavul

(nume și prenume, CNP [.....]),

Bolnavul îndeplinește criteriile de eligibilitate pentru acordarea și montarea dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat, recomandate, prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:

Motive medicale (criterii de eligibilitate indeplinite):

.....
.....

DiagnosticBolnavul se află în evidența noastră din
anul, având în prezent următoarea terapie de fond:

.....
.....

Data

Medic curant,
(semnătura și parafa)

Datele de contact ale medicului curant

Telefon

Email

Semnătura bolnavului.....

ANEXA 15**la normele tehnice****CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL BOLNAVULUI CU DIABET ZAHARAT**

Subsemnata/ul.....,

CNP:

Domiciliat/ă în str....., nr. ..., bl. ..., sc. ..., et., ap.,
 sector.....,localitatea.....,județul.....,telefon.....,
 având diagnosticul sunt de acord să urmez tratamentul cu

INSULINA:

Precum și

utilizarea sistemului de monitorizare continuă a glicemiei

utilizarea pompei de insulină

utilizarea sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

1.Am fost informat/ă asupra conținutului, importanței și consecințelor administrării acestei terapii.

2.Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor clinice și de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

3.Mă declar de acord să urmez instrucțiunile medicului, să răspund la întrebări și să semnez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei, inclusiv alergiile.

4.Pentru situația în care decid să renunț la tratamentul prin sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, mă oblig să le returnez, împreună cu consumabilele sigilate, în stare bună de funcționare, la unitatea sanitară care mi le-a acordat.

5.Am fost informat și accept criteriile de întrerupere a tratamentului cu sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei.

6.Am preluat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei cu seria/seriile

Nr.

Nr.

Nr.

Medicul specialist care a inițiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

.....

Unitatea sanitară unde s-a inițiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

.....
Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit:

1. Ați discutat cu medicul curant despre sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile utilizării sistemului de monitorizare continuă a glicemiei/pompei de insulină/sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

3. Sunteți de acord să utilizați sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

Data

Semnătura bolnavului

Părinte / Tutore

Semnătura medicului care a eliberat dispozitivul/dispozitivele.....

Prelucrarea datelor cu caracter personal, se realizează în conformitate cu prevederile regulamentului (UE)nr. 679/2016 și cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA nr. 16
la Normele tehnice

Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative

ANEXA 16 A.1	Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional
ANEXA 16 A.2	Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie
ANEXA 16 A.3	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a pacientului
ANEXA 16 A.4	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne
ANEXA 16 A.5	Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeecție < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă;
ANEXA 16 A.6	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii complexe prin proceduri de ablație
ANEXA 16 A.7	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adultși și copii)
ANEXA 16 A.8	Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară
ANEXA 16 A.9	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung
ANEXA 16 A.10	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu malformațiilor cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională
ANEXA 16 A.11	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aneurisme aortice prin tehnici hibride
ANEXA 16 A.12	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcater
ANEXA 16 B.1	Programul național oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice
ANEXA 16 B.2	Programul național de oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice - terapia avansată CAR-T
ANEXA 16 B.3	Programul național oncologie - Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare
ANEXA 16 B.4	Programul național oncologie - Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute
ANEXA 16 B.5	Programul național de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice
ANEXA 16 B.6	Programul național de oncologie – Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți
ANEXA 16 C	Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)
ANEXA 16 D	Programul național de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate
ANEXA 16 D.1	Programul național de diabet zaharat - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompe de insulină
ANEXA 16 E	Programul național de tratament al bolilor neurologice
ANEXA 16 F.1	Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei –tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale
ANEXA 16 F.2	Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei –tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenții chirurgicale
ANEXA 16 G.1	Programul național de tratament pentru boli rare – Programul național de tratament pentru boli rare - tratament medicamentos pentru boala Fabry, boala Pompe, tirozinemia, mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler), mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter), afibrinogenemie congenitală, sindrom de imunodeficiență primară, mucopolizaharidoză tip IVA (sindromul Morquio), boala

	Castelman
ANEXA 16 G.2	Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, amiloidoză cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcere digitale evolutive, purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă, sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa), hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)
ANEXA 16 G.3	Programul național de tratament pentru boli rare tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă
ANEXA 16 G.4	Programul național de tratament pentru boli rare - pentru tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă
ANEXA 16 G.5	Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul bolnavilor cu atrofie musculară spinală
ANEXA 16 H	Programul național de sănătate mintală
ANEXA 16 I	Programul național de boli endocrine
ANEXA 16 J.1	Programul național de ortopedie - tratamentul prin endoprotezare
ANEXA 16 J.2	Programul național de ortopedie - tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală
ANEXA 16 J.3	Programul național de ortopedie - Tratamentul prin instrumentație segmentară de coloană
ANEXA 16 J.4	Programul național de ortopedie - Tratamentul prin chirurgie spinală
ANEXA 16 J.5	Programul național de ortopedie - Tratamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică
ANEXA 16 J.6	Programul național de ortopedie - Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare la bolnavii adulți
ANEXA 16 J.7	Programul național de ortopedie - Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare la copii
ANEXA 16 K	Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică
ANEXA 16 L	Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice
ANEXA 16 M.1	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de radiologie intervențională
ANEXA 16 M.2	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
ANEXA 16 M.3	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil
ANEXA 16 M.4	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular
ANEXA 16 N.2	Programul național de PET-CT
ANEXA 16 O.	Cost-volum - deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1) - DCI Cerliponasum alfa
ANEXA 16 O.1	Cost-volum - medicamente incluse condiționat utilizate în tratamentul spitalicesc

ANEXA 16 A.1**la Normele tehnice****CHESTIONAR DE EVALUARE****Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie cu:		
	• USTACC sau compartiment de terapie intensivă coronarieni și		
	• compartiment de cardiologie intervențională		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009,		

	cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria)		
3.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie de specialitate cardiologie		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Medic de specialitate cardiologie cu competența atestat sau atestat în studii complementare în domeniul cardiologiei intervenționale		
3.	2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a		

	laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
7.	Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională, cu stație de monitorizare hemodinamică		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
MANAGER

Semnătura
MEDIC COORDONATOR

Semnătura
DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura
DIRECTOR GENERAL

Semnătura
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

Semnătura
MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.2

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie cu USTACC sau compartiment de terapie intensivă coronarieni		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria		
3.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		

4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului		

	ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
--	--------------------------------------	--	--

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională		
2.	Sistem de electrofiziologie pentru achiziție și amplificare semnale electrocardiografice		
3.	Sistem de mapping electroanatomic		
4.	Sistem de monitorizare a anticoagulării		
5.	Echipament specific procedurilor de ablație		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.3

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a bolnavului

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		

3.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie de specialitate cardiologie		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie		

	intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
6.	Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.4

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați		

	categoria ...)		
3.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau		
	- sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie care are posibilitatea de a controla tipurile de defibrilatoare interne implantate		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau		
	- acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de		

	ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
6.	Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.5

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeecție < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în autorizația sanitară de funcționare:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria)		

3.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau		
	- sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie care are posibilitatea de a controla dispozitivele de resincronizare cardiacă implantate		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau		
	- acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a		

	secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
6.	Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.6

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor
cu aritmii complexe prin proceduri de ablație

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		

3.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale		
5.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr.		

	1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională		
2.	Sistem de electrofiziologie pentru achiziție și amplificare semnale electrocardiografice		
3.	Sistem de mapping electroanatomic		
4.	Sistem de monitorizare a anticoagulării		
5.	Echipament specific procedurilor de ablație		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.7

CHESTIONAR DE EVALUARE

**Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor
cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie
cardiovasculară (adulți și copii)**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		

1.	- secție/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
2.	- secție/compartiment de cardiologie		
3.	- secție ATI categoria I, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare		
4.	- bloc operator cu sală de operații dedicată chirurgiei cardiovasculare		
5.	- structură de radiologie și imagistică medicală - ecocardiografie transesofagiană		
6.	- unitate de transfuzie sanguină		
7.	- laborator de analize medicale		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- chirurgie cardiovasculară		
3.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii medicale de:		
1	radiologie și imagistică medicală - CT și RMN acordate - în cadrul structurii proprii de radiologie și imagistică medicală - CT și RMN sau - în baza contractului încheiat cu un furnizor de servicii medicale paraclinice		
2.	cardiologie intervențională acordate: - în cadrul compartimentului de cardiologie intervențională din structura proprie sau - în baza contractului încheiat cu un furnizor de servicii medicale care are în structură un compartiment de cardiologie intervențională, aflat la o distanță de maximum 1 km și care poate fi parcursă într-un interval de maximum 10 minute.		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotare minimă a sălii de operație:		
1.	- masă chirurgicală CCV		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- 1 aparat CEC		
4.	- balon de contrapulsatie		
5.	- aparat de retransfuzie		

6.	- defibrilator		
7.	- stimulator cardiac extern		
8.	- ecocardiograf transesofagian		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.8

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de chirurgie vasculară sau - secție/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare, dacă în structura spitalului este aprobată numai secția/compartimentul de chirurgie vasculară (precizați categoria		

) sau		
	- secție ATI categoria I organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare, dacă în structura spitalului este aprobată secția/compartimentul de chirurgie cardiovasculară		
3.	- structură de radiologie și imagistică medicală		
4.	- bloc operator cu sală dedicată chirurgiei vasculare		
5.	- unitate de transfuzie sanguină		
6.	- laborator de analize medicale		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- chirurgie vasculară sau chirurgie cardiovasculară		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii medicale de angiografie:		
	- laborator de angiografie în structura proprie sau		
	- contract cu un furnizor de servicii medicale de angiografie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare		

	(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	dotare minimă a sălii de operație:		
1.	- masă chirurgicală		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- aparat de retransfuzie		
4.	- 2 infuzomate		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.9

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de chirurgie cardiovasculară		

2.	- secție/compartiment de cardiologie		
3.	- secție ATI categoria I, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare		
4.	- bloc operator cu minimum 2 săli de operații dedicate chirurgiei cardiovasculare		
5.	- structură de radiologie și imagistică medicală - ecocardiografie transesofagiană		
6.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
7.	- unitate de transfuzii de sânge		
8.	- laborator de analize medicale		
9.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- chirurgie cardiovasculară		
III.	Unitatea sanitară cu paturi acreditată de Ministerul Sănătății pentru efectuarea transplantului cardiac		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		

3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene		
7.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotare minimă a fiecărei săli de operație:		
1.	- masă chirurgicală CCV		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- 1 aparat CEC		
4.	- balon de contrapulsatie		
5.	- aparat de retransfuzie		
6.	- defibrilator cu padele interne		
7.	- stimulator cardiac extern		

8.	- ecocardiograf		
9	- 6 infuzomate		
10.	- aparatură de susținere a circulației pe termen mediu - ECMO		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.10

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu malformații cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională

Județul
 Localitatea
 Unitatea sanitară
 Adresă
 Telefon
 Fax
 E-mail

Manager: Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail

Director medical: Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie sau		
	- secție/compartiment de cardiologie pediatrică		
2.	- secție/compartiment de chirurgie cardiovasculară pediatrică sau		
	- secție de chirurgie cardiovasculară		

3.	- secție ATI categoria I, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare		
4.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
5.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie sau cardiologie pediatrică		
2.	- chirurgie cardiovasculară		
3.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secție de pediatrie în maximum 60 min.		
1.	- secție de pediatrie în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de cardiologie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de chirurgie cardiovasculară pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	1 medic cardiolog cu atestat de cardiologie intervențională		

4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura
DIRECTOR GENERAL

Semnătura
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

Semnătura
MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.11**CHESTIONAR DE EVALUARE****Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu anevrisme aortice prin tehnici hibride**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de chirurgie vasculară sau - secție/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare, dacă în structura spitalului este aprobată numai secția de chirurgie vasculară (precizați categoria) sau - secție ATI categoria I organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare, dacă în structura		

	spitalului este aprobată secția de chirurgie cardiovasculară		
	- bloc operator cu sală de operații dedicată chirurgiei cardiovasculare sau chirurgiei vasculare		
3.	- structură de radiologie și imagistică medicală		
4.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
5.	- unitate de transfuzie sanguină		
6.	- laborator de analize medicale		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- chirurgie cardiovasculară sau chirurgie vasculară		
2.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) sau Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de		

	ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	2 asistenți medicali cu experiență în domeniu de minim 6 luni		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Angiograf		
II.	Dotare minimă a sălii de operație:		
1.	- masă chirurgicală		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- aparat de retransfuzie		
4.	- stimulator cardiac extern		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
MANAGER

Semnătura
MEDIC COORDONATOR

Semnătura
DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura
DIRECTOR GENERAL

Semnătura
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

Semnătura
MEDIC ȘEF

ANEXA 16 A.12

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcater

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de cardiologie cu compartiment de cardiologie intervențională		
2.	- secție/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
3.	- secție ATI categoria I, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare		
4.	- bloc operator cu sală de operații dedicată chirurgiei cardiovasculare		

5.	- structură de radiologie și imagistică medicală - ecocardiografie transesofagiană		
6.	- laborator de angiografie și cateterism cardiac		
7.	- unitate de transfuzie sanguină		
8.	- laborator de analize medicale		
9.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- cardiologie		
2.	- chirurgie cardiovasculară		
3.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a		

	secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.500/2009 cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	2 medici cardiologi cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul cardiologiei intervenționale		
7.	2 asistenți medicali		
8.	Un medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiană		
9.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Angiograf		
II.	Dotare minimă a sălii de operație:		
1.	- masă chirurgicală		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- aparat de retransfuzie		
4.	- stimulator cardiac extern		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
MANAGER

Semnătura
MEDIC COORDONATOR

Semnătura
DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura
DIRECTOR GENERAL

Semnătura
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

Semnătura
MEDIC ȘEF

ANEXA 16 B.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul național oncologie - Subprogramul de tratament
medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Medic coordonator: Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Director medical: Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

CAPITOLUL 1**Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate**

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

CAPITOLUL 2**Criterii privind structura organizatorică**

		DA	NU
I.	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
	- secție/compartiment de oncologie, oncologie/hemato-oncologie pediatrică și/sau		
	- structură de spitalizare de zi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru monitorizare afecțiuni oncologice cu sau fără investigații de înaltă performanță		
	- punct de recoltare a produselor biologice		

	- farmacie cu circuit închis		
II.	Asigurarea accesului la un laborator de analize medicale		
	- laborator de analize medicale în structura proprie sau		
	- acord de colaborare/protocol/contract încheiat cu un		
	furnizor de servicii medicale paraclinice		

CAPITOLUL 3**Criteria privind structura de personal**

		DA	NU
1.	Comisie multidisciplinară de diagnostic și indicație terapeutică		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de oncologie, oncologie/hemato-oncologie/pediatrică conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010 (precizați numărul medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010 (precizați numărul farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		

CAPITOLUL 4**Criteria privind dotarea**

		DA	NU
I.	Dotări minime în farmacie, altele decât cele prevăzute în Normele privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 444/2019), cu modificările ulterioare.		
1.	- program de pregătire a citostaticelor		
2.	- hotă cu flux laminar		
3.	- echipamente de protecție categoria a III-a specifice în lucrul cu substanțe citostatice		
II.	Dotarea sectorului de terapie, alta decât prevăzută prin dispozițiile normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 914/2006, cu modificările și completările ulterioare:		

1.	- prize de oxigen sau concentrator de oxigen		
2.	- dulap și frigider cu termometru pentru depozitarea citostaticelor necesare pentru o singură zi de tratament		
3.	- cântar		
4.	- taliometru		
5.	- pompe elastomerice de unică folosință de 48 h, 96 h, 120 h		
6.	- perfuzoare non PVC pentru administrarea Paclitaxelului		
7.	- ace Hubber 20 - 22 G		
8.	- catetere tunelizate (portacath)		
9.	- trusă de urgență		
10.	- echipamente de protecție categoria a III-a specifice în lucrul cu substanțe citostatice		

CAPITOLUL 5**Criteria privind organizarea evidenței primare și modalități de raportare**

		DA	NU
1.	Unitate sanitară care raportează tumorile primare nou-diagnosticate, conform prevederilor legale în vigoare		

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Manager	Semnătura Medic coordonator	Semnătura Director medical
-------------------------------	---	--

CAPITOLUL 6

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura DIRECTOR GENERAL	Semnătura DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE	Semnătura MEDIC ȘEF
-------------------------------	--	------------------------

ANEXA 16 B.2

CHESTIONAR DE EVALUARE**pentru includerea în Programul național de oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice - terapia avansată CAR-T**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică:		
	- secție/compartiment de hematologie și/sau oncohematologie pediatrică		

	- secție sau compartiment de terapie intensivă organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare		
	- farmacie cu circuit închis		
	- unitatea sanitară este acreditată pentru efectuarea transplantului de celule stem hematopoietice		
	- secție/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică**) sau - acord de colaborare/protocol/contract încheiat cu un furnizor de servicii de neurologie/neurologie pediatrică***)		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de hematologie și/sau oncohematologie pediatrică conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali.)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare (Precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali.)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de neurologie/neurologie pediatrică conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali.)****)		

4.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie.)		
5.	Cadru medical experimentat în tratarea bolnavilor imunodeprimați și instruit pentru tratarea complicațiilor specifice, care face dovada participării la programul implementat și susținut de deținătorul autorizației de punere pe piață, de informare și instruire cu privire la tratamentul cu tisagenlecleucel, în vederea pregătirii adecvate a bolnavului și a administrării corecte a tratamentului și monitorizării		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
Manager

Semnătura
Medic coordonator

Semnătura
Director medical

Capitolul 4.

CAS

Unitatea sanitară	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura
Director general

Semnătura
Director relații contractuale

Semnătura
Medic-șef

-
- *) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.
 **) Se va completa doar de către unitățile sanitare care au în structură secție/compartiment de neurologie/neurologie pediatică.
 ***) Se va completa doar de către unitățile sanitare care nu au în structură secție/compartiment de neurologie/neurologie pediatică, însă au încheiat acord de colaborare/protocol/contract cu un furnizor de servicii de neurologie/neurologie pediatică.
 ****) Se va completa doar de către unitățile sanitare care au în structură secție/compartiment de neurologie/neurologie pediatică.

ANEXA 16 B.3

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul național oncologie - Subprogramul de reconstrucție
mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Medic coordonator: Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Director medical: Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată/avizată:	DA	NU
1.	- secție/compartiment de chirurgie generală/chirurgie oncologică și - secție/compartiment de chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă		
2.	- secție/compartiment ATI categoria I sau II, organizată/organizat conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzii sanguină		

4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016 pentru aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare pentru specialitățile:		
1.	- chirurgie generală/chirurgie oncologică sau chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă		
2.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de chirurgie generală/chirurgie oncologică și chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	1 medic de specialitate chirurgie generală cu competență/ atestat/supraspecializare în chirurgie oncologică și 1 medic de specialitate chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă cu experiență în chirurgia sânelui atestată de șeful/coordonatorul structurii		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Trusă pentru chirurgia sânelui		
2.	Microscop operator/Lupe chirurgicale și trusă de instrumente microchirurgicale în situația în care endoprotezarea asociază și o tehnică autoloagă de anastomoze microvasculare (după caz)		
3.	Depărtător cu cablu optic		

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Manager,	Semnătura Medic coordonator,	Semnătura Director medical,
--------------------------------	--	---

Capitolul 5

CAS

Unitatea sanitară:	Avizat	Neavizat
.....		

Semnătura DIRECTOR GENERAL	Semnătura DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE	Semnătura MEDIC ȘEF
-------------------------------	--	------------------------

ANEXA 16 B.4**CHESTIONAR DE EVALUARE**

Pentru includerea în Programul național oncologic - Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- laborator de analize medicale		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute, cu o experiență de		

	minim 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire)		
2.	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului citogenetic și/sau FISH acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 1 an și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire)		
3.	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului de biologie moleculară acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 1 an și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotări minime pentru includere în program:		
1.	Citologie și citochimie		
1.1.	Microscop optic cu examinare în câmp luminos		
2.	Citometrie în flux		
2.1.	- citometru în flux cu minimum 4 culori în stare de funcționare		
II.	Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic și/sau FISH		
1.	Citogenetică pentru:		
1.1.	- culturi celulare		
1.1.1.	• hotă de biosecuritate clasa A2;		
1.1.2.	• incubator cu atmosferă controlată de CO ₂ ;		
1.1.3.	• microscop inversat;		
1.2.	- microscopie optică		
1.2.1.	• microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă și epifluorescență;		
III.	Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară:		
1.	- sistem real time PCR;		

2.	- thermocycler PCR;		
	- sistem electroforeză chip/microfluidică/clasic		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 B.5

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager/reprezentant legal: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată		
	- laborator de radioterapie autorizat CNCAN		
	- secție/compartiment de radioterapie și/sau		
	- structură de spitalizare de zi		

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Medici radioterapeuți (1 post/aparat/tură)		
2.	Fizicieni medicali (1 post/unitate de lucru)		
3.	Ingineri (1 post/unitate de lucru) sau contract de service		
4.	Asistenți medicali/tehnicieni (3 posturi/aparat/tură)		

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

		DA	NU
	Instalații de radioterapie autorizate CNCAN pentru efectuarea cel puțin a uneia dintre următoarele tipuri de radioterapie:		
1.	Radioterapie cu ortovoltaj:		
	- aparat de ortovoltaj cu aplicatori și filtre în funcție de tumoră		
2.	Radioterapie cu accelerator liniar 2D		
	- simulator 2D convențional		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
3.	Radioterapie cu accelerator liniar 3D		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem de plan tratament (TPS) - stații de lucru pentru conturarea volumelor țintă de către medici, stații de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni și stații de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
	- sistem de imobilizare pentru sala de simulare și sala de tratament		

4.	IMRT		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC (colimator multilamelar)		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft special pentru IMRT		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
	- sistem de imobilizare pentru sala de simulare și sala de tratament		
	- sistem de portal imaging		
	- sistem de verificare a planului de tratament pe fantom		
5.	Brahiterapie 2D		
	- simulator 2D - sistem de imagistică cu braț C		
	- instalație de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru 2D		
	- accesorii brahiterapie (masă radiotransparentă, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea pozițiilor dorite - decubit dorsal și litotomie -, mobilă și să aibă sistem de blocare a mișcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstițiali, container de urgență pentru surse, forceps lung)		
	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de brahiterapie		
6.	Brahiterapie 3D		
	- simulator CT/RMN		
	- instalație de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru 3D		
	- accesorii brahiterapie compatibile cu CT/RMN		

	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie			
	(inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)			
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de brahiterapie			

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 4.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 B.6**CHESTIONAR DE EVALUARE****Pentru includerea în Programul național de oncologie - Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Reprezentant legal*: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind forma juridică de organizare

		DA	NU
I.	Unitate sanitară organizată ca:		
1.	- laborator de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată sau		
	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare sau		
	- unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie sau		
	- laborator din structura spitalului sau		
	- centrul de diagnostic și tratament/centrul medical		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu personal medical a laboratorului de analize medicale conform criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A "Evaluarea capacității resurselor", punctul 6 "Histopatologie" din anexa 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură de laborator pentru dozarea hemoglobinei glicozilate pentru care face dovada îndeplinirii standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003, precum și a criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A "Evaluarea capacității resurselor", punctul 6 "Histopatologie" și punctul 2 "Criteriul de calitate" din anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017*1) (se va preciza metoda ... și aparatura utilizată		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului/reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 C

CHESTIONAR DE EVALUARE

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

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de otorinolaringologie		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizat conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria)		
3.	- structură de explorări funcționale - audiologie		
4.	- bloc operator		
5.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform		

	prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ORL		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii conexe actului medical		
1.	- structură pentru acordarea serviciilor de logopedie specializate în lucrul cu bolnavii hipoacuzici în structura proprie sau		
	- contract cu o structură specializată pentru furnizarea de servicii conexe actului medical în domeniul logopediei		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de otorinolaringologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de explorări funcționale - audiologie		
4.	Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul audiologiei		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Echipamente medicale specifice chirurgiei otologice;		
2.	Echipamente medicale pentru diagnostic audiologic - sistem complet pentru diagnosticul surdității la orice vârstă: - impedancemtru;		

	- aparat de otoemisia acustice;		
	- aparat de potențiale auditive de diagnostic (BERA și ASSR);		
	- audiometru pentru audiograma tonală, vocală și în câmp liber.		
3.	Monitor de nerv facial		

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA nr. 16 D.1
la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în programul național de diabet zaharat - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompe de insulină

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		
2.	Ambulatoriu de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție sau compartiment specialitate diabet, nutriție și boli metabolice – pentru pompe de insulină, sisteme de monitorizare continuă a glicemiei,		

	sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei		
2.	- ambulatoriu de specialitate sau - structură de spitalizare de zi diabet, nutriție și boli metabolice – pentru sisteme de monitorizare continuă a glicemiei		
3.	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției sau compartimentului de diabet, nutriție și boli metabolice conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr.1224/2010 (cel puțin 1 medic specialist/primar /cu competența sau atestat, recunoscut de către CMR, care a absolvit un curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie: funcție de normativ, în raport cu mărimea și tipul unitatii spitalicești)		

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 4.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 D

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Reprezentant legal*: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind forma juridică de organizare

		DA	NU
I.	Unitate sanitară organizată ca:		
1.	- laborator de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată sau		
	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare sau		
	- unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie sau		
	- laborator din structura spitalului sau		

	- centrul de diagnostic și tratament/centrul medical		
--	--	--	--

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu personal medical a laboratorului de analize medicale conform criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A "Evaluarea capacității resurselor", punctul 1 "Hematologie", subpunctul 1.3 "Imunohematologie" din anexa 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură de laborator pentru dozarea hemoglobinei glicozilate pentru care face dovada îndeplinirii standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003, precum și a criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A "Evaluarea capacității resurselor", punctul 1 "Hematologie", subpunctul 1.3 "Imunohematologie" și punctul 2 "Criteriul de calitate" din anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 (se va preciza metoda ... și aparatura utilizată		

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 E

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul național de tratament al bolilor neurologice

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresa

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

CAPITOLUL 1

Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

CAPITOLUL 2

Criteria privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de neurologie, recuperare neurologică sau neurologie pediatrică (pentru bolnavii sub 18 ani)		
2.	- structură de explorări funcționale - explorări ale sistemului nervos		
3.	- farmacie cu circuit închis		
II.	Asigurarea accesului la servicii medicale paraclinice		
1.	- structură proprie de radiologie și imagistică medicală - CT		

	sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minimum 12 ore/zi		
2.	- structură proprie de radiologie și imagistică medicală - IRM		
	sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minimum 12 ore/zi		

CAPITOLUL 3

Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurologie/neurologie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare [(cel puțin 3 medici specialiști/primari de neurologie sau neurologie pediatrică și cel puțin 6 asistenți medicali) (Precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali.)]		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie.)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
Manager

Semnătura
Medic coordonator

Semnătura
Director medical

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

CAPITOLUL 4

Unitatea sanitară	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

SEMNĂTURA
DIRECTOR GENERAL

SEMNĂTURA
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

SEMNĂTURA
MEDIC-ŞEF

ANEXA 16 F.1

CHESTIONAR DE EVALUARE

**Pentru includerea în Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei -
tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secții în specialitățile chirurgicale		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizate conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		
3.	- bloc operator		
4.	- laborator de analize medicale în cadrul căruia se poate efectua investigații paraclinice pentru monitorizarea bolnavului hemofilic pre-, intra- și postoperator		
5.	- unitate de transfuzie sanguină		

6.	- farmacie cu circuit închis		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Asigurarea accesului la asistență medicală multidisciplinară pentru documentarea răspunsului individual la administrarea de factor de coagulare		
1.	- secție/compartiment de hematologie sau		
	- secție/compartiment de pediatrie sau		
	- secție/compartiment de medicină internă pentru județele unde nu există unități sanitare cu paturi cu secție/compartiment de hematologie sau contract/protocol de colaborare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate bolnavilor cu hemofilie și talasemie		
2.	- secție/compartiment de recuperare medicală din structura proprie sau		
	- contract/protocol de colaborare cu o unitate sanitară pentru acordarea de asistență medicală de recuperare după intervenții chirurgicale		
III.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- chirurgicale		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secțiilor de specialități chirurgicale conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al		

	asistenților medicali de farmacie ...)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 4.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 F.2

CHESTIONAR DE EVALUARE

**Pentru includerea în Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei -
tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenții chirurgicale**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de hematologie sau		
	- secție/compartiment de pediatrie sau		
	- secție/compartiment de medicină internă pentru județele unde nu există unități sanitare cu paturi cu secție/compartiment de hematologie sau		
	- structură de spitalizare de zi pentru monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofiliei		
2.	- laborator de analize medicale		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		

4.	- farmacie cu circuit închis		
----	------------------------------	--	--

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de hematologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de medicină internă conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 4.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 G.1

CHESTIONAR DE EVALUARE

pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - tratament medicamentos pentru boala Fabry, boala Pompe, tirozinemia, mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler), mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter), afibrinogenemie congenitală, sindrom de imunodeficiență primară, mucopolizaharidoză tip IVA (sindromul Morquio), boala Castelman

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Medic coordonator: Nume prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Director medical: Nume prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

CAPITOLUL 1

Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

CAPITOLUL 2

Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi din zona de reședință a bolnavilor care are în structura organizatorică:		
	- secție/compartiment de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului		
	- farmacie cu circuit închis		

CAPITOLUL 3**Criteria privind structura de personal**

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		

CAPITOLUL 4**Correspondența dintre secțiile/compartimentele de specialitate în care se acordă serviciile medicale spitalicești și medicii de specialitate prescriptori pentru patologia care face obiectul de activitate al programului**

Denumirea programului	Patologia care face obiectul de activitate	Secția/compartimentul în cadrul căreia/căruia se acordă servicii medicale spitalicești	Medici de specialitate prescriptori
Programul național de tratament pentru boli rare	Boala Fabry	Pediatrie	Pediatrie
		Cardiologie	Cardiologie
		Genetică medicală	Genetică medicală
		Neurologie	Neurologie
		Nefrologie	Nefrologie
	Boala Pompe	Pediatrie	Pediatrie
		Genetică medicală	Genetică medicală
		Medicină internă	Medicină internă
		Neurologie	Neurologie
	Tirozinemie	Pediatrie	Pediatrie
		Medicină internă	Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip II	Pediatrie	Pediatrie
		Medicină internă	Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip I	Pediatrie	Pediatrie
		Medicină internă	Medicină internă

	Afibrinogenemie congenitală	Pediatrie Medicină internă Hematologie	Pediatrie Medicină internă Hematologie
	Sindrom de imunodeficiență primară	Imunologie clinică și alergologie Imunologie clinică și alergologie copii Pediatrie Medicină internă	Alergologie și imunologie clinică Pediatrie Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip IVA	Pediatrie Medicină internă Reumatologie Neurologie Genetică medicală	Pediatrie Medicină internă Reumatologie Neurologie Genetică medicală
	Boala Castelman	Hematologie (sau, după caz, oncologie medicală)	Hematologie (sau, după caz oncologie medicală)

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

Manager

Medic coordonator

Director medical

CAPITOLUL 5

CAS

Unitatea sanitară	Avizat	Neavizat
.....		

Semnătura
Director general

Semnătura
Director relații contractuale

Semnătura
Medic-șef

Anexa 16 G.2
la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, amiloidoză cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcerile digitale evolutive, purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă, Sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa), Hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
	- secție /compartiment de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului		
	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU

1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		

Capitolul 4. Corespondența dintre secțiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești și medicii de specialitate prescriptori în patologia care face obiectul de activitate al programului

Denumirea programului	Patologia care face obiectul de activitate	Secția / compartimentul în cadrul căruia se acordă servicii medicale spitalicești	Medici de specialitate prescriptori
Programul național de tratament pentru boli rare	Boli neurologice degenerative/inflamator-imune	Neurologie	Neurologie
	Scleroză sistemică și ulcere digitale evolutive	Reumatologie	Reumatologie
	Purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică	Hematologie, hemato-oncologie pediatrică, onco-hematologie pediatrică, oncologie pediatrică	Hematologie, medic pediatru cu supraspecializare în hemato-oncologie pediatrică/oncologie pediatrică, competență în oncopediatrie, atestat de studii complementare în oncologie și hematologie pediatrică, medic cu specialitatea oncologie și hematologie pediatrică,
	Amiloidoză cu transtiretină	Neurologie Hematologie Cardiologie	Neurologie Hematologie Cardiologie
	Fenilcetonurie Deficit de tetrahydrobiopterină	Pediatrie Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	Pediatrie Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
	Scleroză tuberoasă	Neurologie Neurologie pediatrică Nefrologie	Neurologie Neurologie pediatrică Nefrologie

		Urologie	Urologie
	HTAP	Cardiologie Cardiologie copii Pneumologie	Cardiologie Pneumologie
	Sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)	Nefrologie Nefrologie copii Pediatrie, Anestezie și Terapie intensivă, Hematologie, Onco-hematologie pediatrică	Nefrologie, Nefrologie pediatrică, Pediatrie, Anestezie și terapie intensivă Hematologie, Oncologie și hematologie pediatrică.
	Hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)	Hematologie	Hematologie

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

MANAGER**MEDIC COORDONATOR****DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.**CAS**.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

ANEXA 16 G.3

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare tratamentul
bolnavilor cu epidermoliză buloasă

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție clinică dermatologie		
2.	- sala pentru mici intervenții chirurgicale dermatologice		
3.	- farmacie cu circuit închis		
4.	- ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției clinice de dermatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Dermatoscop		
2.	Aparat foto digital (macro, cam. 7 Mpix)		
3.	Electrocauter		
4.	Trusă mică chirurgie dermatologică		
5.	Posibilitate izolare bolnav		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 G.4

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - pentru
tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție clinică de ortopedie pediatrică sau		
	- secție clinică de ortopedie - traumatologie		
2.	- bloc operator		
3.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		

5.	- farmacie cu circuit închis		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
	- ortopedie pediatrică sau		
	- ortopedie - traumatologie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției clinice de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției clinice de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Medic de specialitate care face dovada participării la un modul de pregătire în utilizarea tijelor telescopice și a altor materiale de osteosinteză utilizabile în fragilități osoase masive în perioada de creștere: - ortopedie pediatrică sau - ortopedie - traumatologie		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Medic ATI cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul terapiei intensive pediatrice		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

I.		DA	NU
	Pentru unitățile sanitare în cadrul cărora se realizează implantul tijelor telescopice		
1.	Injectomate în secția de ortopedie pediatrică		
2.	Masa de operație radiotransparentă		
3.	Amplificator de imagine		
4.	Osteotoame electrice/pneumatice cu energie reglabilă		
5.	Instrumentar specific pentru osteosinteză telescopică		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 G.5

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul
bolnavilor cu atrofie musculară spinală

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Medic coordonator: Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

Director medical: Nume, prenume

Adresă

Telefon, fax

E-mail

CAPITOLUL 1**Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate**

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

CAPITOLUL 2**Criteria privind structura organizatorică**

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție sau compartiment de neurologie pediatrică/ neurologie adulți/recuperare medicală		
2.	- secție sau compartiment de terapie intensivă sau un contract cu o unitate sanitară ce include secție sau compartiment de terapie intensivă		
3.	- farmacie cu circuit închis		
II.	Asigurarea accesului la servicii medicale paraclinice		
1.	- serviciu (structură) proprie de radiologie și imagistică medicală - CT; sau		

	- contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minimum 12 ore/zi		
2.	- laborator de analize medicale propriu sau contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minimum 12 ore/zi		
3.	- serviciu informatizat la nivel de secție/spital		

CAPITOLUL 3**Criteria privind structura de personal**

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secțiilor sau compartimentului, conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie, conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010 (precizați numărul farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie: în funcție de normativ, în raport cu mărimea și tipul unității spitalicești)		
3.	Încadrarea cu medici de laborator, biologi și asistenți medicali de laborator, conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010 (precizați numărul persoanelor încadrate în laborator: în funcție de normativ, în raport cu mărimea și tipul unității spitalicești)		

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

.....

Manager

Semnătura

.....

Medic coordonator

Semnătura

.....

Director medical

CAPITOLUL 4

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

.....

Director general

Semnătura

.....

Director relații contractuale

Semnătura

.....

Medic-șef

ANEXA 16 H

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de sănătate mintală

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi/spital penitenciar detox care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de specialități psihiatrice sau		
	- secție/compartiment toxicomanie sau		
	- paturi de toxicologie în structura ATI		
2.	- secție/compartiment ATI sau terapie intensivă pentru tratamentul de urgență a intoxicațiilor acute detox substitutiv/nonsubstitutiv și inițiere de tratament substitutiv		
3.	- laborator de analize medicale - compartiment de		

	toxicologie pentru depistarea substanțelor psihoactive		
4.	- structură de primiri urgențe a bolnavilor cu agitație psihomotorie indusă de substanțe, intoxicație sau sevraj la substanțe psihoactive (precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S)		
5.	- farmacie cu circuit închis		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- psihiatrie (monitorizarea evoluției bolnavilor internați)		
2.	- ATI sau terapie intensivă		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de psihiatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de toxicomanie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de ATI sau terapie intensivă conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Asistenți sociali		
5.	Psihologi cu minim 40 ore de formare în adicții		

6.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		
----	---	--	--

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Teste urinare de depistare a drogurilor în urină		
2.	Teste rapide de narcodependență		
3.	Aparat monitorizare gazometrie		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 I**CHESTIONAR DE EVALUARE****Pentru includerea în Programul național de boli endocrine**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de endocrinologie		
2.	- farmacie cu circuit închis		
3.	- structură de radiologie și imagistică medicală - osteodensitometrie segmentară DXA		
4.	- laborator de analize medicale		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de endocrinologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		

Capitolul 4. Dotare

		DA	NU
1.	Aparat pentru efectuarea osteodensimetriei DXA		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 J.1**CHESTIONAR DE EVALUARE****Pentru includerea în Programul național de ortopedie - tratamentul prin endoprotezare**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție/compartiment de ortopedie - traumatologie sau		
	- secție/compartiment de ortopedie pediatrică sau		

	- secție/compartiment chirurgie și ortopedie pediatrică		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ortopedie-traumatologie sau - ortopedie pediatrică sau - chirurgie și ortopedie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistență medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal		

	pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010		
	(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Instrumentar specific intervențiilor în ortopedie		
2.	Instrumentar specific de extragere endoproteze cimentate și necimentate în cazul reviziilor endoprotetice		

Capitolul 5. Criterii privind raportarea datelor

		DA	NU
1.	Unitatea sanitară este înregistrată și raportează integral cazurile de endoprotezare primară, revizie și complicațiile, respectând formatul formularelor de la Registrul Național de Endoprotezare, cu frecvența de raportare lunară. (www.rne.ro)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 6.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 J.2

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relația contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

	DA	NU
1. Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

	DA	NU
I. Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1. - secție de ortopedie - traumatologie sau		
- secție de ortopedie pediatrică sau		
- secție chirurgie și ortopedie pediatrică		
2. - secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria)		
3. - unitate de transfuzie sanguină		

4.	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul are o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ortopedie-traumatologie sau - ortopedie pediatrică sau - chirurgie și ortopedie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- Paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- Paraclinice - radiologie și imagistică medicală		
III.	Bancă de os acreditată în structura unității sanitare sau contract cu o bancă de os acreditată		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

	DA	NU
1.		
Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010		
(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		

2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Instrumentar specific al implantului tumoral		
2.	Aparat de electrocoagulare		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 J.3**CHESTIONAR DE EVALUARE****Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratamentul prin instrumentație segmentară de coloană**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de ortopedie - traumatologie sau		
	- secție de ortopedie pediatrică sau		
	- secție chirurgie și ortopedie pediatrică sau		
	- secție de neurochirurgie sau		
	- secție de neurochirurgie pediatrică		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009,		

	cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
4.	- laborator de analize medicale		
5.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
6.	- secție/compartiment de recuperare, medicină fizică și balneologie		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ortopedie-traumatologie sau		
	- ortopedie pediatrică sau		
	- chirurgie și ortopedie pediatrică sau		
	- neurochirurgie sau		
	- neurochirurgie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		

	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010		
	(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Atestat de studii complementare în chirurgie spinală deținut de:		
	- 2 medici de specialitate ortopedie-traumatologie sau		
	- 2 medici de specialitate ortopedie pediatrică sau		
	- 2 medici de specialitate chirurgie și ortopedie pediatrică sau		
	- 2 medici de specialitate neurochirurgie sau		
	- 2 medici de specialitate neurochirurgie pediatrică		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
7.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
8.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparat electro-coagulare pentru chirurgie spinală (bipolar)		
2.	Aparat de monitorizare potențiale evocate		
3.	Microscop chirurgical		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 J.4

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratamentul prin chirurgie spinală

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

	DA	NU
1. Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

	DA	NU
I. Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1. - secție de ortopedie - traumatologie sau		
- secție de neurochirurgie		
2. - secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria)		
3. - unitate de transfuzie sanguină		

4.	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv coloana cervico-toraco-lombo-sacrată în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul are o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ortopedie - traumatologie sau - neurochirurgie		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 medici de specialitate ortopedie - traumatologie cu atestat de studii complementare în chirurgie spinală sau 2 medici de specialitate neurochirurgie cu atestat de studii complementare în chirurgie spinală		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie		

	intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparat electro-coagulare pentru chirurgie spinală (bipolar)		
2.	Aparat de monitorizare potențiale evocate		
3.	Microscop chirurgical		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 J.5

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

	DA	NU
1. Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

	DA	NU
I. Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1. - secție de chirurgie și ortopedie pediatrică sau - secție ortopedie pediatrică		
2. - secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria)		
3. - unitate de transfuzie sanguină		

4.	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv coloana cervico-toraco-lombo-sacrată în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- secție/compartiment de recuperare, medicină fizică și balneologie		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- chirurgie și ortopedie pediatrică sau - ortopedie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare		

	(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Dispozitive medicale VEPTR		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 J.6

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare la bolnavii adulți

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:

Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:

Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:

Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de ortopedie - traumatologie		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		

4.	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
5.	- structură de explorări funcționale - endoscopie articulară		
6.	- laborator de analize medicale		
7.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
8.	- secție/compartiment/cabinet medical de recuperare, medicină fizică și balneologie		
9.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ortopedie - traumatologie		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 medici de specialitate ortopedie - traumatologie cu atestat de studii complementare în chirurgie artroscopică		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		

4.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de explorări funcționale conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
7.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Linie de artroscopie (endoscopie articulară)		
2.	Truse specifice pentru tratamentul instabilităților articulare cronice		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

Anexa 16 J.7

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratatamentul instabilităților articulare cronice la pacientul pediatric

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de ortopedie pediatrică cu minim 10 paturi		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr.1500/2009, cu modificările și completările ulterioare(precizați categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		

4.	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării de IRM, CT, ecografie musculoscheletală		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical		
7.	- secție / compartiment / cabinet medical de recuperare		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ortopedie pediatrică (minim 2)		
2.	- ATI (minim 2)		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de explorări funcționale conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Turn de artroscopie (endoscopie articulară)		
2.	Truse specifice pentru tratamentul instabilităților articulare cronice la pacientul pediatric		
3.	Aparat de radiologie cu brat mobil tip C-arm		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

MANAGER**MEDIC COORDONATOR****DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

ANEXA 16 K

CHESTIONAR DE EVALUARE

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

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Reprezentant legal*: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic șef: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

		DA	NU
I.	Unitate sanitară de dializă care îndeplinește condițiile prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1718/2004, cu modificările și completările ulterioare privind:		
1.	structură		
2.	dotare		
3.	personal		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC ȘEF

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 1.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 L

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de gastroenterologie sau		
	- secție de pediatrie sau		
	- secție de boli infecțioase		
2.	- Secție/compartiment ATI sau terapie intensivă		
3.	- laborator de analize medicale		
	- structură de primiri urgențe a bolnavilor cu insuficiență hepatică (precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S)		

4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- gastroenterologie sau		
	- pediatrie sau		
	- boli infecțioase		
2.	- ATI sau terapie intensivă		
III.	Asigurarea accesului la investigații paraclinice de înaltă performanță		
1.	- structură proprie de radiologie și imagistică medicală - CT sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru efectuarea acestei investigații paraclinice		
2.	- structură proprie de radiologie și imagistică medicală - RMN sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru efectuarea acestei investigații paraclinice		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de gastroenterologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de boli infecțioase conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de ATI sau terapie intensivă conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din		

	unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură pentru dializa hepatică		
2.	Aparat de hemofiltrare și plasmafereză		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 M.1**CHESTIONAR DE EVALUARE****Pentru includerea în Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de radiologie intervențională**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de specialitate neurochirurgie sau		
	- secție de specialitate chirurgie vasculară		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		

3.	- structură de radiologie și imagistică medicală - CT		
	- laborator de angiografie		
4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- chirurgicale (neurochirurgie sau chirurgie vasculară)		
2.	- radiologie și imagistică medicală		
3.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în		

	supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate		
	asistenței medicale conform prevederilor Ordinului		
	ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf		
2.	CT		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 M.2**CHESTIONAR DE EVALUARE**

pentru includerea în Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

Județul
 Localitatea
 Unitatea sanitară
 Adresă
 Telefon
 Fax
 E-mail

Manager*): Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail
 Medic coordonator: Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail
 Director medical: Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de neurochirurgie		
2.	- secție de neurologie		
3.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		

4.	- structură de explorări funcționale - explorări ale sistemului nervos		
5.	- structură de radiologie și imagistică medicală - RMN		
6.	- structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- neurochirurgie		
2.	- neurologie		
3.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	2 medici de specialitate neurochirurgie cu supraspecializare în neurochirurgie funcțională și stereotaxică		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Medic de specialitatea neurologie cu atestat de studii complementare EEG și medic de specialitate neurologie cu atestat de studii complementare EMG și medic de specialitate neurologie cu atestat de studii complementare PEC		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		

6.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
7.	Personal medical încadrat în structura de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură complexă de stereotaxie (dispozitiv sau sistem stereotactic ce permite implantarea electrozilor la adâncime)		
2.	Electroencefalograf clasic		
3.	Electroencefalograf computerizat		
4.	Electromiograf		
5.	Aparat de potențiale evocate		
6.	Aparat RMN		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

Manager,

Medic coordonator,

Director medical,

.....

.....

.....

Capitolul 5

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL,

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE,

MEDIC-ŞEF,

.....

.....

.....

ANEXA 16 M.3

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de specialitate neurochirurgie sau		
	- secție de specialitate neurochirurgie pediatrică		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		

3.	- bloc operator cu sală de operație dotată pentru realizarea intervențiilor din domeniul neurochirurgiei pediatrice		
4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
	- neurochirurgie sau		
	- neurochirurgie pediatrică		
	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii medicale de specialitate pediatrie		
1.	- secție/compartiment de pediatrie/neonatologie în structura proprie sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea asistenței medicale de specialitate pediatrie/neonatologie		
IV.	Circuite specifice		
1.	Circuite funcționale care asigură izolarea specifică a copilului mic sau nou-născutului tratat cu hidrocefalie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (cel puțin un specialist are expertiză în patologia neurochirurgicală pediatrică) sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Asistente medicale cu experiență în îngrijirea nou-născuților și/sau copiilor		

4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
----	--	--	--

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparat de anestezie cu circuite pentru copil cu greutate minimă de 1500 g		
2.	Incubator		
3.	Ventilator copil		
4.	Echipament pentru monitorizare permanentă a funcțiilor vitale ale copilului mic		
5.	Microperfuzoare		
6.	Sisteme adecvate de alimentație parenterală sau naso-gastrică		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

--

ANEXA 16 M.4

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de neurochirurgie		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria		
3.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 4.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA 16 N

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul național PET-CT

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Reprezentant legal*: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Criterii privind organizarea

		DA	NU
I.	Laborator care acordă servicii medicale paraclinice de specialitate radiologie - imagistică organizat ca:		
1.	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare sau		
	- laborator în structura UMF sau		
	- laborator în structura unui spital		

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	- medic de specialitate radiologie și imagistică medicală cu atestat de studii complementare în tomografie computerizată		
2.	- medic de specialitate medicină nucleară		
3.	- asistenți medicali de radiologie, cu/fără studii superioare sau		

	- asistent medical generalist		
4.	- fizician medical		
5.	- personal auxiliar cu competențe în imagistică medicală		
	- inginer sau dovadă contract de service		

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Tehnologie de ultimă generație pentru PET/CT		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
REPREZENTANT LEGAL	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 4.

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE	MEDIC ȘEF

ANEXA 16 O. 1

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - deficit de
tripeptidil peptidază-1 (TPP1) - DCI Cerliponasum alfa

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică:		
	- secție clinică de neurologie pediatrică care a fost recunoscută drept Centru de expertiză de boli rare neurologice pediatrice de către Ministerul Sănătății		

	- secție/compartiment de neurochirurgie sau contract cu o unitate sanitară ce include secție sau compartiment de neurochirurgie		
	- laborator de analize medicale propriu sau contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu		
	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului clinic de neurologie pediatrică conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie		
3.	Medicul neurolog pediatru de specialitate face dovada (certificat de participare) participării la un modul de pregătire instruire teoretică și practică implementat și susținut de deținătorul autorizației de punere pe piață, pentru administrarea corectă intracerebroventriculară a tratamentului cu cerliponasum alfa.		

Capitolul 4. Corespondența dintre secțiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești și medicii de specialitate prescriptori pentru patologia care face obiectul de activitate al programului

Denumirea programului	DCI/Patologia care face obiectul de activitate	Secția/Compartimentul în cadrul căruia se acordă servicii medicale spitalicești	Medici de specialitate prescriptori

Programul	Cerliponasum	Neurologie	Neurologie
național de	alfa/deficit de	pediatrică	pediatrică
tratament pentru	tripeptidil		
boli rare	peptidază-1 (TPP1)		

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
Manager

Semnătura
Medic coordonator

Semnătura
Director medical

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura
DIRECTOR GENERAL

Semnătura
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

Semnătura
MEDIC ȘEF

ANEXA 16 O. 2

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - medicamente
incluse condiționat utilizate în tratamentul spitalicesc

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*): Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

2.1. Pentru DCI Velmanaza alfa

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi din zona de reședință a bolnavilor care are în structura organizatorică:		
	- secție/compartiment de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului		
	- farmacie cu circuit închis		

2.2. Pentru DCI Darvastrocel

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică:		
	- secție/compartiment de chirurgie		
	- secție/compartiment de gastroenterologie		
	- secție sau compartiment de terapie intensivă organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare		
	- bloc operator		
	- farmacie cu circuit închis		

2.3. Pentru DCI Caplacizumabum

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică:		
	- secție/compartiment de hematologie		
	- secție sau compartiment de terapie intensivă organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare		
	- farmacie cu circuit închis		
	- unitatea sanitară are infrastructura necesară efectuării procedurii de plasmafereză pentru pacienții cu PTTd		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

3.1. Pentru DCI Velmanaza alfa

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate		

	și al asistenților medicali		
2.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie		

3.2. Pentru DCI Darvastrocel

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de chirurgie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de gastroenterologie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali		
4.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie		
5.	Echipa multidisciplinară (chirurg, gastroenterolog, anestezist și farmacist) face dovada participării la programul implementat și susținut de deținătorul autorizației de punere pe piață, de informare și instruire a personalului medical specializat cu privire la tratamentul cu darvastrocel, în vederea pregătirii adecvate a pacientului și a administrării corecte intraoperator.		

3.3. Pentru DCI Caplacizumabum

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de hematologie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali		
3.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie		

Capitolul 4. Corespondența dintre secțiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești și medicii de specialitate prescriptori pentru patologia care face obiectul de activitate al programului

Denumirea programului	DCI/Patologia care face obiectul de activitate	Secția/ Compartimentul în cadrul căruia se acordă servicii medicale spitalicești	Medici de specialitate prescriptori
Programul național de tratament pentru boli rare	Velmanaze alfa/ alfa manozidoză	Pediatrie Genetică medicală ORL Neurologie Neurologie pediatrică Gastroenterologie Medicină internă	Pediatrie Genetică medicală ORL Neurologie Neurologie pediatrică Gastroenterologie Medicină internă
	Darvastrocel/ fistule perianale complexe la pacienții adulți cu boala Crohn luminală	Gastroenterologie Chirurgie	Gastroenterologie (în calitate de coordonator al echipei multidisciplinare)

	non-activă/uşor		
	activă		
	Caplacizumabum/ purpură	Hematologie	Hematologie
	trombocitopenică		
	trombotică		
	dobândită (PTTd)		

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
Manager

Semnătura
Medic coordonator

Semnătura
Director medical

CAS

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura
Director general

Semnătura
Director relații contractuale

Semnătura
Medic șef

ANEXA 17.1**la Normele tehnice**

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator PNS medicamente/materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu

pentru luna anul

care însoțește factura seria nr. /data

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	*)număr unic de identificar e	**) Tip de documen t	Total valoare prescripți e	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele/materialele sanitare eliberate pe PNS în luna anterioară.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 17.2**la Normele tehnice**

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

**Extras borderou centralizator PNS medicamente în tratamentul ambulatoriu
pentru luna anul**

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	*)număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS în luna anterioară.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu excepția Programului național de diabet unde se va completa câte un extras borderou centralizator pentru: insulină, insulină + ADO, respectiv pentru ADO, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal

ANEXA 17.3 la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu ()¹ potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul**

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	*)număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x	x	x
Din care:								
Subtotal 1 - medicamente pentru DCI-uri notate cu (**) ¹ potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 cu modificările și completările ulterioare , pentru PNS								

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (8) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

În extrasul de borderou se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru DCI-uri notate cu (**)¹ potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, pentru fiecare PNS.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 17.4 la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract încheiat cu CAS
Nr. Data

Extras borderou centralizator teste de automonitorizare în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Total valoare teste la preț de decontare, din care;;
B - Total valoare teste la preț de decontare copii;
C - Total valoare teste la preț de decontare adulți.

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripțiile	Cod parafă medic	*)număr unic de identificare	**) Tip de document	Nr. teste	Nr. luni	A	B	C
	Nr.	Data									
	2.1	2.2									
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11)

Total coloana (10) este inclusă în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru testele de automonitorizare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 17.5
la Normele tehnice

Societatea Comercială

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator din cadrul PNS aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu
pentru luna anul
care însoțește factura seria nr. /data

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	*) număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x		x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prescripțiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcție de data bonului fiscal.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 17.6
la Normele tehnice

Unitatea sanitară

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator PNS medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu
pentru luna anul

Nr. Crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x
Subtotal 1 - medicamente eliberate corespunzătoare DCI-uri, notate cu (**)*1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare						

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

În borderoul centralizator se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale, titularii de formulare europene, precum și medicamentele eliberate corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)*1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Se întocmește câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 17.7
la Normele tehnice

Unitatea sanitară

Nr. contract încheiat cu CAS

Nr. Data

Borderou centralizator PNS materiale sanitare (epidermoliza buloasă) în tratamentul ambulatoriu
pentru luna anul

Nr. Crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	3	4	5	6	7	8
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x
Subtotal 1 - medicamente eliberate corespunzătoare DCI-uri, notate cu (**)*1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare						

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru materialele sanitare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

ANEXA 17.8
la Normele tehnice

Unitatea sanitară
Nr. contract încheiat cu CAS
Nr. Data

Borderou centralizator din cadrul PNS aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna anul

Nr. Crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	***) Tip de document	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

În borderoul centralizator se evidențiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înțelegeri/convenții/protocoale internaționale, titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

ANEXA 17.9 la Normele tehnice

Unitatea sanitară
Nr. contract încheiat cu CAS
Nr. Data

Borderou centralizator din cadrul PNS aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul spitalicesc pentru luna anul

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Cod de boală (se va nota diagnosticul pacientului doar pentru medicamentele pentru care indicația de codificare este prevăzută în protocolul terapeutic conform clasificării internaționale a maladiilor revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală);

B - Total valoare la preț de decontare.

Nr. Crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	***) Tip de document	A	B
1	3	4	5	6	7	8
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale OUG nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro

Adresa Biroului pentru relații cu publicul este:
Str. Parcului nr. 65, intrarea A, sectorul 1, București; 012329.
Tel. 021.401.00.73, e-mail: concursurifp@ramo.ro, convocariaga@ramo.ro
Pentru publicări, încărcați actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro/brp/>

