

**ORDIN**

privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015

Văzând Referatul de aprobare nr. DG ..... din ..... 2016 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 51 alin. (1) lit. b) și alin. (5) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și 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. I**

Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 219 și 219 bis din 1 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1.** La capitolul I, la art. 3, alineatul (2<sup>1</sup>) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2<sup>1</sup>) 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 se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.”

**2.** La capitolul I, la art. 3, alineatul (3), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale; Stabilirea anuală 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.”

**3.** La capitolul I, la art. 4 lit. c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigațiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a

leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), precum și a serviciilor de radioterapie.”

**4.** La capitolul I, la art. 5, după alineatul (2) se introduc patru noi alineate, alineatele (3), (4), (5) și (6) cu următorul cuprins:

„(3) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor și / sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative, pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim ambulatoriu / în spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitalicești furnizate în regim de spitalizare continuă într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare continuă nu poate acorda serviciile.

(4) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, asigurate bolnavilor în cadrul programului național de oncologie, pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale furnizate în regim de spitalizare de zi în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare de zi nu poate acorda serviciile.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (3) și (4), serviciile asigurate sunt validate și decontate din bugetul programelor naționale de sănătate curative.

(6) Pentru situațiile prevăzute la alin. (3) și (4), dacă pacientul 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.”

**5.** La capitolul I, art. 7 se modifică și se completează și va avea următorul cuprins:

„ART. 7 (1) Pentru programele naționale de sănătate curative 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 genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), investigațiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, precum și a serviciilor de radioterapie unităților de specialitate aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate se realizează lunar, din fondurile aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea serviciilor de suplere renală pentru furnizorii de dializă aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate, se realizează lunar de casele de asigurări de sănătate, din fondurile aprobate cu această destinație”.

**6.** La capitolul I, la art. 8, alineatele (2) și (3) se elimină

**7.** La capitolul I, la art. 15 alin. (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii prin care se derulează Programul național de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)], respectiv Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin 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.”

**8.** La capitolul III, la art. 26, alin. (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

” (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 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.”.

**9.** La capitolul III, asteriscul se modifică și va avea următorul cuprins:

„ \*) 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 sunt prevăzute în anexa nr. 9 și 9<sup>1</sup>.

**10.** La capitolul III, la art. 27, alin. (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(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, furnizorii vor depune până la termenul prevăzut în contractul încheiat pentru derularea programului/subprogramului național curativ facturile și documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă. 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 de specialitate și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior 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 serviciilor efectuate și acordării vizei de "bun de plată".”

**11.** La capitolul IV, la art. 30, la alin. (14), (15) și (17) lit. a) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

.....  
(17) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice incluși în Programul național de oncologie se eliberează după cum urmează:  
a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru 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/5ml) și Azacitidinum;”

**12.** La capitolul IV, la art. 30, alin. (19) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(19) Prescrierea testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați se face împreună cu prescrierea tratamentului cu insulină, pe același formular de prescripție medicală, pe o perioadă de maximum 3 luni. Numărul de teste de automonitorizare este de până la 350 teste/3 luni pentru un copil cu diabet zaharat insulinodependent și până la 100 teste pentru 3 luni pentru un adult cu diabet zaharat insulinotratat. Farmaciile sunt obligate să asigure în termen de maximum 48 de ore testele prescrise pacientului, dacă acestea nu există în farmacie la momentul solicitării. Decizia privind prescrierea unui număr mai mic de teste sau de a întrerupe acordarea testelor aparține medicului prescriptor.”

**13.** La capitolul IV, la art. 31, lit.c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) Achiziția și eliberarea pompelor de insulină se realizează prin centrele metodologice regionale. Medicul diabetolog sau cu competență/atestat care are în evidență bolnavul întocmește dosarul medical al acestuia cuprinzând documentele care justifică îndeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulină și referatul de justificare a

pompei, prevăzut în anexa nr. 10 pe care îl transmite casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală. Casa de asigurări de sănătate va transmite dosarul medicului coordonator al centrului metodologic regional căruia îi este arondat județul unde este luat în evidență bolnavul de către medicul curant, de către casa de asigurări de sănătate a județului arondat. Medicul coordonator al centrului metodologic regional verifică respectarea criteriilor de eligibilitate. Lunar, medicul coordonator al centrului metodologic regional transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate lista bolnavilor care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulină. Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu coordonatorul național al Programului național de diabet zaharat analizează numărul bolnavilor cuprinși în listele transmise de medicii coordonatori ai centrelor metodologice regionale, în vederea încadrării în bugetul aprobat cu această destinație și transmite coordonatorilor centrelor metodologice regionale listele avizate. Medicul coordonator al centrului metodologic regional, în funcție de bugetul alocat, aprobă referatul întocmit de medicul curant, emite decizia în baza căreia se realizează eliberarea pompei de insulină, prevăzută în anexa nr. 11 și va transmite o copie a deciziei casei de asigurări de sănătate a județului arondat. Eliberarea dispozitivelor de administrare a insulinei (seringi, penuri și ace), precum și instruirea pacientului care își administrează insulina privind tehnica de administrare a insulinei și modalitatea de utilizare a seringii sau penului (unghiul sub care se introduce acul, rotația locurilor de injectare, adâncimea injectției etc.) se fac de către medicul diabetolog sau cu competență/atestat.

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

**14.** La capitolul IV, la art. 31, lit. j) se completează și va avea următorul cuprins:  
„ j) 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, 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 stări posttransplant, respectiv a materialelor consumabile pentru pompele de insulină și a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă cuprinși în programele naționale de sănătate curative, pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz. Pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice și bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii și prognosticul bolii. În cadrul Programului național de tratament al hemofiliei și talasemiei pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu hemofilie, respectiv prevenția (substituție profilactică) și tratamentul accidentelor hemoragice (substituție "on demande") prescrierea și eliberarea medicamentelor pot fi de până la 90/91/92 de zile, după caz, cu obligativitatea din partea bolnavului ca la fiecare prescriere să prezinte medicului prescriptor ambalajele medicamentelor utilizate și să respecte condițiile de depozitare prevăzute pe ambalaj. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum este de până la 30 - 31 de zile.

**15.** La capitolul V, art. 32 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 33

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. (3), 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 în tratamentul ambulatoriu, eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii în baza actelor adiționale încheiate în acest sens.”

**16.** La capitolul V, la art. 35, alin. (2) lit. e) se modifică și va avea următorul cuprins:  
„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;”.

**17.** După capitolul VI se introduce un nou capitol, capitolul VI<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

## „METODOLOGIA DE SELECTIE A UNITĂȚILOR DE SPECIALITATE PENTRU INCLUDEREA ÎN PROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

### ART. 40

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 13 la prezentele norme;

b) Casa de asigurări de sănătate va face verificarea îndeplinirii criteriilor cuprinse în chestionarul de evaluare la sediul unității sanitare, în termen de maxim 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 minimale, obligatorii și cumulative pentru includerea în programul/subprogramul/activitatea pentru care se face solicitarea.

d) CAS 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 CNAS.

f) CNAS 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.(3), lit. c), după depunerea la CNAS a solicitărilor de finanțare de către casele de asigurări.

g) Pentru unitățile sanitare aflate deja în relație contractuală pentru derularea programului/subprogramului național de sănătate termenul de evaluare va fi până la încetarea valabilității Hotărârii Guvernului nr. 206/2015, cu modificările și completările ulterioare.

h) Pentru unitățile sanitare care nu se află în relație contractuală pentru derularea programului/subprogramului evaluarea va începe după publicarea în Monitorul Oficial al României a prezentului act normativ.

i) 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 criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare

18. La Capitolul VII, tabelul cuprinzând „Creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pentru anul 2016” se modifică și va avea următorul cuprins:

**„Creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pentru anul 2016**

mii lei

Denumire program de sănătate	Credite de angajament an 2016	Credite bugetare an 2016
Programul național de oncologie, din care:	<b>1.820.600,00</b>	<b>1.729.827,00</b>
Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice	1.652.040,35	1.562.363,00
Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacientii cu afecțiuni oncologice prin PET – CT	14.928,00	14.928,00
Subprogramul de reconstrucție mamara după afecțiuni oncologice prin endoprotezare	1.234,00	1.202,00
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	2.227,65	1.334,00
Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice	150.000,00	150.000,00
Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți	170,00	0,00
Programul național de diabet zaharat	<b>965.445,35</b>	883.189,00
Programul național de transplant de organe, tesuturi și celule de origine umană	<b>71.784,00</b>	<b>66.633,00</b>
Programul național de tratament pentru boli rare	<b>127.536,23</b>	<b>128.919,00</b>
Programul național de tratament al bolilor neurologice	<b>126.279,20</b>	<b>110.350,00</b>
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei,	<b>93.408,75</b>	<b>75.302,00</b>
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)	<b>24.664,00</b>	<b>24.664,00</b>
Programul național de boli endocrine	<b>8.124,00</b>	<b>8.557,00</b>
Programul național de ortopedie	<b>87.933,86</b>	<b>75.091,00</b>
Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice	<b>762,00</b>	<b>762,00</b>
Programul național de boli cardiovasculare	<b>138.465,70</b>	<b>111.746,00</b>
Programul național de sănătate mintală	<b>1.670,00</b>	<b>1.810,00</b>
Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță, din care:	<b>36.751,92</b>	<b>33.364,00</b>
Subprogramul de radiologie intervențională	22.397,39	20.360,00
Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos	11.832,00	11.832,00
Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil	387,32	218,00
Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin	2.135,21	954,00

implant de neurostimulator medular		
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică	<b>929.756,00</b>	<b>888.238,00</b>
<b>Total</b>	<b>4.433.181,00</b>	<b>4.138.452,00</b>

**19.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de oncologie”, subtitlul „Obiective” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Obiective:

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

**20.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de oncologie”, subtitlul „Structură” se modifică și se modifică și va avea următorul cuprins:

„Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT;
3. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
4. 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;
5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
6. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.”

**21.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de oncologie”, denumirea subtitlului „Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice” se modifică și devine „Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice” .

**22.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de oncologie”, subtitlului „Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute” se modifică și devine „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” și va avea următorul cuprins:

**„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 eligibilitate:

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

- să facă parte dintr-un spital dotat cu sector special de diagnostic și tratament al leucemiilor acute. Spitalul trebuie să dispună de o conexiune directă cu un centru de transplant medular;

- să facă parte dintr-o platformă complexă de laborator, cu personal cu experiență în diagnosticul leucemiilor acute. În structura acestei platforme trebuie să existe următoarele laboratoare: Citologie și citochimie, Hemostază, Citogenetică/FISH, Citometrie în flux, Biologie moleculară axată pe aplicații în hematologie:

### **1. laboratoare de citometrie în flux**

- să aibă în dotare cel puțin un citometru în flux cu minimum 4 culori în stare de funcționare. Este de preferat ca în laborator să existe două citometre în flux pentru a se putea asigura un backup în situațiile de urgență;

- personalul care lucrează în laborator să îndeplinească următoarele condiții:

1. să aibă pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute dovedită prin certificate de participare la cursuri naționale și internaționale sau prin stagii de pregătire efectuate în laboratoare de profil din străinătate;

2. să aibă o experiență de cel puțin 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute;

3. să aibă un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate per an (cazuri noi și în urmărire);

## **2. laboratoare de citogenetică**

- să aibă dotare pentru:

• culturi celulare:

- hotă de biosecuritate clasa A2;

- incubator cu atmosferă controlată de CO<sub>2</sub>;

- microscop inversat;

• microscopie optică:

- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă și epifluorescență;

- programe pentru scanare automată a lamelor și captarea metafazelor și cariotipare;

- program pentru captarea, prelucrarea și analiza imaginilor FISH (standard FISH, M-FISH, m-BAND, Q-FISH, CGH);

- să aibă personal specializat în examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 1 an;

## **3. laboratoare de biologie moleculară**

- să aibă în dotare:

• sistem real time PCR;

• thermocycler PCR;

• sistem electroforeză chip/microfluidică;

• secvențiator cu 8 capilare;

• extractor automat acizi nucleici;

• electroforeză clasică;

• pirosecvențiator NextGen;

- să aibă personal cu experiență în tehnica de biologie moleculară din patologia specifică oncohematologiei de cel puțin 1 an.

B.

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 trimiterii 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:

- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute: 715;

- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 310;

- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH: 308;

- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 307;

- număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen citogenetic și/sau FISH: 250
- număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculară: 250

**NOTĂ:**

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

**2) indicatori de eficiență:**

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute (medulogramă și/sau examen citologic al frotiului sanguin, colorații citochimice): 201 lei;
- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 1.309 lei;
- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH: 834,5 lei;
- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 600 lei.
- cost mediu/bolnav cu diagnostic de leucemie acută beneficiar de serviciu pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin examen citogenetic și/sau FISH: 834,5 lei;
- cost mediu/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."

**23.** La capitolul VIII, la titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice” subtitlul „Activități” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Activități

- asigurarea serviciilor de radioterapie (radioterapie cu ortovoltaj, cobaltoterapie, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie 3D modulată în intensitate sau volum, brahiterapie) a bolnavilor cu afecțiuni oncologice.”

**24.** La capitolul VIII, la titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice”, la subtitlul „Indicații de tratament de radioterapie” lit. a) se completează și va avea următorul cuprins:

- „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;”

**25.** La capitolul VIII, la titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice”, subtitlul „Natura cheltuielilor subprogramului” se modifică și va avea următorul cuprins:

- „Natura cheltuielilor subprogramului – Stabilirea indicației terapeutice, achiziția de date anatomice pentru planul de tratament (simulare 2D sau 3D), efectuarea propriu-zisă a planului de tratament (conturaj volume țintă și organe de risc pe imagini CT-simulare, inclusiv fuziune cu imagini RMN sau PET-CT, prescripția de doză în volumele țintă, constrângeri de doză pentru organele de risc) și refacerea planului terapeutic în aceeași secvență terapeutică,

stabilirea tehnicii de iradiere (radioterapie cu ortovoltaj, cobaltoterapie, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie 3D modulată în intensitate sau volum, după caz, brahiterapie), calculul distribuției de doză în volumul țintă, verificarea planului de tratament, iradierea efectivă (verificarea poziției de tratament a pacientului, verificarea dozimetrică a planului de tratament pentru radioterapie 3D modulată în intensitate sau volum, administrarea dozei), controale intraterapeutice: consultație, investigații de laborator și imagistice necesare pentru ajustarea planului de tratament precum și toate cheltuielile necesare pentru realizarea procedurilor de radioterapie menționate.”

**26.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de oncologie”, după subtitlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice”, se introduce un nou subtitlu, subtitlul „Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.” cu următorul cuprins:

**„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:

- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru neuroblastom: 100;

- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru sarcom Ewing: 70;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru neuroblastom: 643,15 lei;

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru sarcom Ewing: 643,15 lei;

Natura cheltuielilor subprogramului:

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

**27.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de diabet zaharat”, la subtitlul „Indicatori de evaluare”, la pct. 2) „Indicatori de eficiență”, litera c) de modifică și va avea următorul cuprins:

„c) cost mediu/copil cu diabet zaharat insulinodependent automonitizat/an: 1.680 lei (350 teste/3 luni);”.

**28.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de tratament al bolilor neurologice”, la subtitlul „Indicatori de evaluare”, pct. 1) „Indicatori fizici” se modifică și va avea următorul cuprins:

„1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi cu scleroză multiplă tratați: 3.500;”

**29.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de tratament pentru boli rare”, la subtitlul „Activități”, la pct. 1), după lit. n se introduce o nouă literă, lit. o), cu următorul cuprins:

„o) tratamentul bolnavilor cu HTAP”

**30.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de tratament pentru boli rare”, la subtitlul „Activități”, pct. 2) se elimină

**31.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de tratament pentru boli rare”, la subtitlul „Indicatori de evaluare”, la pct. 1) „Indicatori fizici” litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) număr de bolnavi cu boala Fabry: 22”

**32.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de boli endocrine”, la subtitlul „Criterii de eligibilitate”, pct. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. pentru bolnavii cu osteoporoză:

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

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Alfacalcidol

Parametrul măsurat	Alendronat, Risendronat, Zolendronat	Alendronat, Risendronat, Zolendronat	A	Raloxifenum	Calcitonina
Scor T (DS) DEXA	< -2,0	< -2,7	< -2,5	< -2,5	< -2,5
Fracturi fragilitate	+				fractură vertebrală dureroasă
Alte condiții	Criterii OMS FRAX			nu tolerează bifosfonații	

**33.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică”, la subtitlul „Indicatori de evaluare”, pct. 1) „Indicatori fizici” se modifică și va avea următorul cuprins:

„1) indicatori fizici:

a) numărul total de bolnavi tratați prin dializă: 12.630, din care:

- hemodializă convențională: 11.346;
- hemodiafiltrare intermitentă on-line: 674;
- dializă peritoneală continuă: 580;
- dializă peritoneală automată: 30;”

**34.** La Anexa 1 la Normele tehnice, pct. II, art. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

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 nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare norme tehnice.”

**35.** La Anexa 1 la Normele tehnice, pct. IV, art. 4, lit. b), e) și g) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, 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, 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;

.....  
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 respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

.....  
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 au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;”

**36.** La Anexa 1 la Normele tehnice, pct. IV, art. 5, lit. l), ș), ț), u), v) și ac) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, 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), medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

.....  
ș) 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 lunară, 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. 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;

.....  
ț) 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) 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 medicamentelor / materialelor sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, după caz;

.....

u) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în 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, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, 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) 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;

Pentru diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, 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 a 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 leucemiilor acute, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

.....

v) 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, serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;

.....

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative.”

**37.** La Anexa 1 la Normele tehnice, pct. IV, art. 5, după lit. u) se introduce o nouă literă, lit. (u<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„(u<sup>1</sup>) 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. u), 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

**38.** La Anexa 1 la Normele tehnice, pct. IV, art. 5, după lit. af) se introduc două noi litere literă, lit. ag) și lit. ah) cu următorul cuprins:

„ag) 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.

ah) 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 materiale sanitare în cadrul programelor naționale curative de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, ortopedie și boli cardiovasculare. 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;”

**39.** La Anexa 1 la Normele tehnice, pct. VI, art. 7, alin. (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(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.”

**40.** La Anexa 1 la Normele tehnice, pct. VII, art. 11, alin. (1) și alin. (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a) - q), s) - t), u), x) - z), ab) - af) și ah) și în contractele încheiate de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv.

.....

(4) 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;”

**41.** La Anexa 2 la Normele tehnice, pct. V, lit. A, art. 6, lit. e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 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;”

**42.** La Anexa 2 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, lit. f), g), w), aa) și ab) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

g) să întocmească și să transmită caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în normele tehnice, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în normele tehnice; sumele prevăzute în factură și 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;

.....

w) 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 lunară, în vederea decontării 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. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării medicamentelor /materialelor sanitare specifice și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....

aa) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate / adevărta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință / adevărta înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (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 eliberării medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ab) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției, potrivit prevederilor legale în vigoare;”

**43.** La Anexa 2 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, lit. k) și u) se elimină.

**44.** La Anexa 2 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, după lit. Ț) se introduce o nouă literă, lit. Ț<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„<sup>1</sup> ) să acorde medicamentele prevăzute în lista de medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative, care se aprobă prin Hotărâre a Guvernului și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți.”

**45.** La Anexa 2 la Normele tehnice, pct. VI, art. 10, alin. (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - f), h), j) - p), r) - w), ab) și ad) - ag) se aplică următoarele măsuri:

- 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.”

**46.** La Anexa 2 la Normele tehnice, pct. VI, art. 10, după alin. (3) se introduc două noi alineate, alin. (<sup>1</sup>) și (<sup>2</sup>) cu următorul cuprins:

„(<sup>1</sup>) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. q), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.”

(<sup>2</sup>) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către o farmacie/oficină locală de distribuție 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.”

**47.** La Anexa 3 la Normele tehnice, pct. V, lit. A, art. 6, lit. e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„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;”

**48.** La Anexa 3 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, lit. b), m), r), u), ad), ai) și ak) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

.....

m) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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 paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate; informațiile privind serviciile medicale paraclinice și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice 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.

.....

r) 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 lunară, în vederea decontării serviciilor

medicale paraclinice 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 paraclinice. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciilor medicale paraclinice și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....  
u) 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;

.....  
ad) 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) 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 din cadrul programelor naționale de sănătate curative; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

.....  
ai) 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, 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) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

Pentru diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale paraclinice nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare a cărui model este prevăzut în norme, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale paraclinice care au efectuat diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. (ai<sup>1</sup>) 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. ai), 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

.....

ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative.”

**49.** La Anexa 3 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, lit. q) se elimină.

**50.** La Anexa 3 la Normele tehnice, pct. X, art. 14, după alin. (2) se introduce un nou alineat, alin. (2<sup>1</sup>)cu următorul cuprins:

„(2<sup>1</sup>) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ak) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor medicale 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 medicale 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 medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

**51.** La Anexa 3 la Normele tehnice, pct. X, art. 15, după lit. g) se introduce o nouă literă, lit g<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„ g<sup>1</sup>) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art.7 lit. ak).”

**52.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 5, subpct. 5.1, lit. d), e), n), y), aa) și ac) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„d) 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) 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 dializă;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurarilor 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurarilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, 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) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

.....

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile furnizorilor referitoare la actul medical, precum și la obligațiile pacienților referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

.....

y) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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 dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate; informațiile privind serviciile de dializă și tarifele corespunzătoare serviciilor de dializă 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.

.....

aa) 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 lunară, în vederea decontării serviciilor 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 serviciilor de dializă. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciilor de dializă și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă .”

**53.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 5, subpct. 5.1, după lit. e), se introduce o nouă literă, lit. e<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„e<sup>1</sup>) 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. e), 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

**54.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 5, subpct. 5.3, lit. e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„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;”

**55.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 5, după subpct. 5.4.1 se introduce un nou subpunct, subpct. 5.4.1<sup>1</sup> se modifică cu următorul cuprins:

„5.4.1<sup>1</sup> În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 5.1 lit. ac) contravaloarea serviciilor de dializă se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor 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 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 de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

**56.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 5, subpct. 5.4.5, 5.4.8 și 5.4.9 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„5.4.5. Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii 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.

.....

5.4.8 În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 5.1 lit. i), k), m), n), q) și v) - aa) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.9. În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

**57.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 8, subpct. 8.3, după lit. i) se introduce o nouă literă, lit. j) și va avea următorul cuprins:

„j) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 5.1 lit. ac)”.

**58.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 12, subpct. 12.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„12.2. 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.”

**59.** La Anexa 4 la Normele tehnice, Partea a 2-a, pct. 14, subpct. 14.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„14.3. 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/an.”

**60.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. III, art. 2, alin. (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ (2) Serviciile de radioterapie includ: stabilirea indicației terapeutice, respectiv a tehnicii de radioterapie; efectuarea planului de radioterapie; achiziția de date anatomice pentru planul de

radioterapie - simulator convențional, CT-Simulator, fuziune cu RMN, PET-CT; verificarea planului de tratament și ghidare imagistică; administrarea efectivă a radioterapiei; controale intraterapeutice în scopul aprecierii ritmului regresivității tumorale și a gestionării efectelor secundare acute ale tratamentului; controale postterapeutice.”

**61.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. V, lit. A, art. 6, lit. e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 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, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;”

**62.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, lit. d), e), n), y), aa), ac) și ad) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„d) 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) 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;

e) 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, 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) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

.....  
n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de radioterapie și la obligațiile furnizorului referitoare la actul medical, precum și la obligațiile pacienților referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

.....  
y) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, 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.

.....  
aa) 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 lunară, în vederea decontării

decontarea 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 serviciilor de radioterapie. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciilor de radioterapie și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....  
ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de radioterapie, cu excepția celei de-a doua opinii medicale, la cererea expresă a asiguratului și numai în situația în care aceasta a fost acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;  
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;”

**63.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, după lit. e) se introduce o nouă literă, lit. e<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„e<sup>1</sup>) 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. e), 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

**64.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. V, lit. B, art. 7, lit. ș) și lit. ai) se elimină.

**65.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. IX, art. 14 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ ART. 14

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ad), și ah) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:

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 obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. ac) contravaloarea serviciilor de radioterapie se va diminua după cum urmează:

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;

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

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

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

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. i), k), q), m), n), x) - aa) 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.”

(5) 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 raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(6) În condițiile în care Furnizorul nu îndeplinește obligațiile prevăzute la [art. 7](#) lit. h), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcție de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

(7) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (6) se face din prima plată care urmează a fi efectuată de casa de asigurări de sănătate către Furnizor

(8) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (6) se face prin plata directă sau prin executare silită în situația în care Furnizorul nu mai este în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice.

(9) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) - (6), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe Furnizor.

(10) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (6) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) 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 unitățile sanitare cu paturi.”

**66.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. IX, art. 15, lit. g) și h) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. a), b), h), p) și ț);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea pe toată perioada contractului a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (1);”

**67.** La Anexa 5 la Normele tehnice, pct. IX, la art. 15, după lit. h) se introduce o literă nouă, lit. i) cu următorul cuprins:

„i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ac).”

**68.** După Anexa 9 se introduce o nouă anexă, Anexa 9<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

„ANEXA 9<sup>1</sup>

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 pacientului ....., CNP .....  
Diagnostic clinic .....

**Investigații solicitate:**

1. Testare genetică pentru neuroblastom
  2. Testare genetică pentru sarcom Ewing
- Data și ora recoltării probei .....
- Semnătura și parafa .....

**69.** După Anexa 12 se introduce o nouă anexă, Anexa 13 cu următorul cuprins:  
„ANEXA 13  
la Normele tehnice  
Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative „

**ART. II** În tot cuprinsul ordinului sintagma „ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare” se înlocuiește cu sintagma „ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată cu modificările și completările ulterioare”.

**ART. III** În tot cuprinsul ordinului sintagma „IMRT” și sintagma „radioterapie IMRT” se înlocuiesc cu sintagma „radioterapie 3D modulată în intensitate sau volum”.

**ART. IV** 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.V-** Prezentul ordin intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I cu excepția punctului 11, alin. (14) și (15) și punctului 32 de la ART. I care intră în vigoare la 1 octombrie 2016.

**p. PREȘEDINTE,**  
**Radu Țibichi**  
**Director General**