

ORDIN nr. 245/31.03.2017
pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de
sănătate curative pentru anii 2017 și 2018

Văzând Referatul de aprobare nr. D.G. 458 / 31.03.2017 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.155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018,

în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, 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. 1

Se aprobă Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Prezentul ordin intră în vigoare începând cu 1 aprilie 2017. De la această dată se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 219 și 219 bis din 1 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare.

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.

PRESEDINTE,

Conf. Univ. Dr. Marian BURCEA

ANEXĂ

NORMELE TEHNICE DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE PENTRU ANII 2017 și 2018

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 2017 și 2018 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 13 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 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;

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.

(6) 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 2018.

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

(8) 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.

(9) 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.

(10) 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.

(11) 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.

(12) 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.

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

c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, 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) 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 de către unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la prețul de achiziție, care în cazul medicamentelor nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(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/de 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.

ART. 6

(1) Sumele aferente programelor naționale de sănătate curative se alocă în baza contractelor încheiate distinct între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurarilor 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, fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative prevăzute la cap. VIII, în baza indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

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

(4) Unitățile de specialitate au obligația de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli și execuția bugetului de venituri și cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele/subprogramele naționale de sănătate curative derulate.

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

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 genetică 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.

ART. 8

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea se asigură, în condițiile legii, prin farmaciile 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. 9

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. 10

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

ART. 11

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

ART. 12

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

ART. 13

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

ART. 14

(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 în care stocurile cantitativ – valorice acoperă necesarul anului în curs, casele de asigurări de sănătate pot derula contracte, cu furnizorii de servicii medicale, cu evidențierea stocului cantitativ valoric.

ART. 15

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

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

(4) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii prin care se derulează Programul național de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (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.

(5) Contractele încheiate 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.

(6) Contractele încheiate 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.

ART. 16

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 pentru anii 2017 și 2018 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. 17

(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. 18

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. 19

Sumele alocate programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privați de servicii medicale prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

ART. 20

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.

CAPITOLUL II

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

ART. 21

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

(2) Lista denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) cuprinse în secțiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și

completările ulterioare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

(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;

c) în situația în care, în intervalul dintre două actualizări ale Canamed, un medicament cu autorizație de punere pe piață a obținut avizul Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul/preț cu ridicata pe unitatea terapeutică mai mic sau egal cu prețul de decontare, cu excepția medicamentelor a căror DCI este prevăzută 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 și care nu are niciun medicament - denumire comercială în Lista prevăzută la alin. (2). Deținătorul autorizației de punere pe piață a medicamentului, prin reprezentantul său legal, declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților și are capacitatea de a-l distribui furnizorilor care derulează programe naționale de sănătate, cu excepția diminuărilor de preț pentru medicamentele existente în Lista prevăzută la alin. (2) și a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.

(5) 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.

(6) 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. 22

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. 23

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. 24

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

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

facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate și acordării vizei de "bun de plată".

(3) În situația în care, ca 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.

(4) 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 ADO, respectiv ADO, după caz;

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

c) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate pentru pacienții 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, 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).

(5) 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 sanătate 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) pacienții 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.

(6) 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.

(7) Modelele de borderouri centralizatoare și evidențele distincte aferente acestora sunt prevăzute în anexele nr. 6 - 8.

ART. 25

(1) Decontarea serviciilor de hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă și dializă peritoneală automată în sistem ambulatoriu, furnizate de unitățile sanitare care derulează Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, se realizează în conformitate cu prevederile Ordinului 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, la un tarif de 496 lei pentru ședința de hemodializă convențională, la un tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line de 563 lei, la tariful de 53.340 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală continuă și la tariful de 66.675 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 supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică.

ART. 26

(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 15 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. 27

(1) 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.

(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".

(3) Pentru serviciile de dializă și serviciile de radioterapie, 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 5 zile lucrătoare 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 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate și acordării vizei de "bun de plată".

ART. 28

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

ART. 29

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

ART. 30

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 genetica 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. 31

(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. 40 din Hotărârea Guvernului nr. 155 / 2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare, 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, 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 pacient.

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.

(4) 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.

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

(6) 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. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 14 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI/CI/pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) În cazul prescrierii electronice on-line și off-line, pentru situațiile prevăzute art. 40 din Hotărârea Guvernului nr. 155 / 2017, cu modificările și completările ulterioare, 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, pe care o păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și o va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

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/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(8) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, 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/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 14 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI/CI/pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

(9) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, dintre care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. 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, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis

cardul, precum și de către copii cu vârsta cuprinsă între 14 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI/CI/pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

(10) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special care nu conțin toate datele obligatoriu 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.

(11) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, 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, 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.

(12) 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.

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

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

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

(16) 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.

(17) 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, angioedemul ereditar, fibroza pulmonara idiopatică, maladia Duchenne și sindromul Prader Willi) se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis.

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

(19) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice incluși în Programul național de oncologie se 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 și Rituximabum (concentrația de 120 mg/ml, 1.400 mg/ flacon.);

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

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

(21) Prescrierea testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrati 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 400 teste/3 luni pentru un copil cu diabet zaharat insulinoțrati și până la 100 teste pentru 3 luni pentru un adult cu diabet zaharat insulinoțrati. Farmaciile sunt obligate să asigure în termen de maximum 48 de ore testele prescrise pacientului, dacă acestea nu există în farmacie la momentul solicitării. Decizia privind prescrierea unui număr mai mic de teste sau de a întrerupe acordarea testelor aparține medicului prescriptor.

ART. 32

Prescrierea și eliberarea medicamentelor antidiabetice, medicamentelor oncologice specifice și a medicamentelor specifice necesare tratamentului stării posttransplant în ambulatoriu, nominalizate 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 diabetolog sau de către medicul cu competență/atestat în diabet și poate fi continuat pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnați. Medicii desemnați sunt medicii specialiști (medicină internă, medicină de familie), nominalizați de casele de asigurări de sănătate în situația în care există un deficit de medici diabetologi, sau cu competență în diabet, nutriție și boli metabolice la nivel județean.

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

b) Inițierea tratamentului cu medicamentele ADO se realizează la propunerea medicului diabetolog sau a medicului cu competență/atestat în diabet, pentru pacienții care îndeplinesc criteriile de eligibilitate, precum și cele prevăzute în protocoale terapeutice, după caz.

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. 11, 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. Medicul coordonator al centrului metodologic regional verifică respectarea criteriilor de eligibilitate. Pentru bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate, medicul coordonator aprobă referatul de justificare întocmit de medicul diabetolog sau cu competență/atestat care are în evidență bolnavul și emite decizia în baza căreia se realizează eliberarea pompei de insulină, prevăzută în anexa nr. 12. Medicul coordonator va transmite o copie a deciziei casei de asigurări de sănătate a județului arondat și o copie a deciziei o va transmite casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală. Instruirea pacientului care își administrează insulina privind tehnica de administrare a insulinei și modalitatea de utilizare a seringii sau penului (unghiul sub care se introduce acul, rotația locurilor de injectare, adâncimea injecției etc.) se fac de către medicul diabetolog sau cu competență/atestat.

Informarea și instruirea pacienților se vor face particularizat pentru fiecare tip de pen utilizat, în funcție de insulina umană specifică prescrisă.

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

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

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

Pentru bolnavii în status posttransplant aflați în tratament cu medicamente imunosupresoare substituția cu medicamente având același DCI (fie generice, fie de referință) se realizează numai la recomandarea medicilor specialiști din centrele acreditate pentru activitatea de transplant și în condițiile monitorizării terapeutice a imunosupresiei, în mod similar cazurilor nou-transplantate.

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

f) Pentru tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice inițierea se face de către medicul oncolog sau hematolog, după caz. Continuarea tratamentului se face de către medicul oncolog, hematolog sau pe baza scrisorii medicale de către medicii 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.

g) 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, 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.

h) Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătura electronică extinsă, 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. k), 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 determinate în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/Farmacile care a/au eliberat medicamente fracționat va/vor lista un exemplar (componenta eliberare pentru pacient) cu medicamentele eliberate, care va fi înmânat pacientului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta, în termenul de valabilitate al prescripției, la aceeași sau la altă farmacie. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

CAPITOLUL V

RESPONSABILITĂȚILE/OBLIGAȚIILE SPECIFICE ÎN DERULAREA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

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. (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. 34

(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 autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(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. 35

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 pentru anii 2017 și 2018 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. 36

(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 (cumulat 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. 9;

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

e) evaluează și fundamentează, în raport cu numărul de pacienți eligibili și stocurile de medicamente/materiale sanitare specifice, după caz, fondurile necesare 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, cu modificările și completările ulterioare;

f) analizează și validează prescripțiile medicale eliberate în farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, în vederea decontării;

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, 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) publica 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, 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 web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative 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, 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 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 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 de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului

de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice/investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului 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, 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(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) 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.

(5) 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.

(6) 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.

(7) 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.

ART. 37

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;

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. 38

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. 42 din Hotărârea Guvernului *privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018*, 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. 39

(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.

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

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

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

c) realitatea indicatorilor raportați;

d) acuratețea și validarea datelor colectate și raportate;

e) eventuale disfuncționalități în derularea programelor.

ART. 40

În urma fiecărui control se va întocmi un raport de control care va fi comunicat entității controlate, în vederea implementării eventualelor măsuri dispuse, urmând ca în termen de 30 de zile calendaristice, aceasta să comunice

modul de implementare a măsurilor. În cazul în care casa de asigurări de sănătate identifică probleme ce nu pot fi soluționate la nivel local, acestea vor fi transmise spre soluționare Direcției Generale Monitorizare, Control și Antifraudă din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 41

Pentru anul 2017, respectiv 2018 controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie 2018, respectiv 15 februarie 2019.

CAPITOLUL VII

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

ART. 42

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. 13 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 31.12.2017. 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. 13, 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. 13, 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 ANUL 2017

mii lei -

Denumire program de sănătate	Credite de angajament an 2017	Credite bugetare an 2017
Programul național de oncologie, din care:	1.753.430,00	1.753.430,00
Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adulti și copii)*)	1.572.923,00	1.572.923,00
Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET – CT (adulti și copii)	19.764,00	19.764,00
Subprogramul de reconstrucție mamara după afecțiuni oncologice prin endoprotezare	512,00	512,00
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	1.989,00	1.989,00
Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi (adulti și copii)	158.123,00	158.123,00
Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți	119,00	119,00
Programul național de diabet zaharat	962.138,44	962.138,44
Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umana	53.623,00	53.623,00
Programul național de tratament pentru boli rare*)	148.539,00	148.539,00
Programul național de tratament al bolilor neurologice	124.532,00	124.532,00
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	202.288,84	202.288,84
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)	20.739,00	20.739,00
Programul național de boli endocrine	2.601,00	2.601,00
Programul național de ortopedie	85.628,00	85.628,00
Programul național de terapie intensiva a insuficienței hepatice	633,00	633,00
Programul național de boli cardiovasculare	131.996,00	131.996,00
Programul național de sănătate mintală	1.761,00	1.761,00

Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță, din care:	33.612,00	33.612,00
Subprogramul de radiologie intervențională	21.192,00	21.192,00
Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos	11.287,00	11.287,00
Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil	433,00	433,00
Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular	700,00	700,00
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	976.244,00	976.244,00
TOTAL	4.497.765,28	4.497.765,28
Cost - volum	419.830,00	419.830,00
TOTAL GENERAL	4.917.595,28	4.917.595,28

*) 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 2017 ȘI 2018, 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;
- proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- proceduri de chirurgie vasculară;
- proceduri cardiologie intervențională ale malformațiilor cardiace.

Activități:

- a) tratamentul pacienților cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional;
- b) tratamentul pacienților cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie;

- c) tratamentul pacienților cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a pacientului;
- d) tratamentul pacienților cu aritmii complexe prin proceduri de ablație;
- e) tratamentul pacienților cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne
- f) tratamentul pacienților 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 pacienților cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulți și copii);
- h) tratamentul pacienților cu anevrisme aortice prin tehnici hibride;
- i) tratamentul pacienților cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter;
- j) tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung;
- k) tratamentul pacienților cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară.
- l) tratamentul malformațiilor cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională

Criteria de eligibilitate:

- a) pentru proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale: pacienți cu stenoze arteriale severe cu indicație de dilatare percutană;
- b) pentru proceduri de electrofiziologie: pacienți cu aritmii rezistente la tratamentul convențional
- c) pentru implantare de stimuloare cardiace: pacienți cu bradiaritmii severe, cu indicații de implantare de stimuloare cardiace;
- d) pentru tratamentul prin proceduri de ablație al pacienților 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 pacienți 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: pacienți cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratament convențional; pacienți cu risc crescut de moarte subită;

- f) pentru implantare de dispozitive de resincronizare cardiacă: pacienți cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeție < 35%;
- g) pentru proceduri de chirurgie cardiovasculară: pacienți cu boli cardiovasculare cu indicație chirurgicală fără contraindicații majore;
- h) pentru tratamentul prin tehnici hibride: pacienți 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 aneurismal 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: pacienți cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, respectiv cu stenoză aortică strânsă simptomatică (aria < 1 cm²), cu cuspe calcificate, care nu pot beneficia de o intervenție chirurgicală de protezare valvulară datorită riscului intervenției, conform unei analize din partea echipei medicochirurgicale și la care se consideră că se va putea îmbunătăți calitatea vieții, iar speranța de viață va fi > 1 an după efectuarea procedurii, precum și pacienții cu stenoză aortică strânsă simptomatică și cu risc chirurgical foarte mare, la care s-ar putea efectua intervenția chirurgicală, dar la care echipa medicochirurgicală în urma analizei profilului de risc individual și a profilului anatomic declară că tratamentul este mai indicat;
- j) pentru tratamentul prin asistare mecanică a circulației pe termen lung: pacienți 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 VO₂ < 14 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: pacienți cu afecțiuni vasculare cu indicație chirurgicală fără contraindicații majore.

l) pentru proceduri de cardiologie intervențională în tratamentul cu malformațiilor cardiace congenitale: pacienți cu canal arterial permeabil, defect septal interatrial, defect septal interventricular, stenoze valvulare pulmonare, stenoze valvulare aortice, coarctare aortică, arterioseptomii paliative în transpoziția marilor vase.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) numărul de bolnavi tratați prin proceduri de dilatare percutană/an: 13.000;
- b) numărul de bolnavi tratați prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 1.200;
- c) numărul de bolnavi tratați prin implantare de stimulatoare cardiace/an: 5.610;
- d) număr de bolnavi cu aritmii complexe tratați prin proceduri de ablație: 380;
- e) numărul de bolnavi tratați prin implantare de defibrilatoare interne/an: 500;
- f) numărul de bolnavi tratați prin implantare de stimulatoare de resincronizare cardiacă/an: 309;
- g) numărul de bolnavi (adulți) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 5.000;
- h) număr de bolnavi cu anevrisme aortice tratați prin tehnici hibride: 25;
- i) număr de bolnavi cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter: 27;
- j) număr de bolnavi cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal tratați prin asistare mecanică a circulației pe termen lung: 1;
- k) numărul de bolnavi (copii) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 413;
- l) numărul de bolnavi tratați prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 5.595;
- m) număr de copii cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de cardiologie intervențională/an: 63
- n) număr de adulți cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de cardiologie intervențională/an: 10

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav tratat prin dilatare percutană/an: 2.240 lei;
- b) cost mediu/bolnav tratat prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 4.853 lei;
- c) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator cardiac/an: 2.037 lei;
- d) cost mediu/bolnav cu aritmii complexe tratat prin proceduri de ablație: 13.920 lei;
- e) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de defibrilator intern/an: 12.544 lei;
- f) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator de resincronizare cardiacă/an: 6.292 lei;

- g) cost mediu/bolnav (adult) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 8.187 lei;
- h) cost mediu/bolnav cu anevrism aortic tratați prin tehnici hibride: 46.640 lei;
- i) cost mediu/bolnav cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, tratat prin tehnici transcateter: 97.486 lei;
- j) cost mediu/bolnav cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal tratat prin asistare mecanică a circulației pe termen lung: 400.000 lei;
- k) cost mediu/bolnav (copil) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 10.135 lei;
- l) cost mediu/bolnav tratat prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 886 lei.
- m) cost mediu/copil cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de cardiologie intervențională/an: 5.939 lei
- n) cost mediu/adult cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de cardiologie intervențională/an: 5.939 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 stenozelor arteriale:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Urgență București;
- d) 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;
- t) Societatea Comercială Clinica Polisano Sibiu;
- u) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- v) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- w) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;

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 Polisano SRL – Sibiu.

3) implantare de stimuloare 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 Polisano SRL – Sibiu.

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 Polisano SRL – Sibiu.

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 Polisano SRL – Sibiu.

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 Polisano SRL – Sibiu.

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) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- l) SC Clinica Polisano SRL – Sibiu.

8) proceduri de chirurgie cardiovasculară copii:

- a) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
- b) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;

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

9) proceduri prin tehnici hibride:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București;
- b) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- d) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- e) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- f) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- g) SC Clinica Polisano SRL – Sibiu;
- h) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Nicolae Stăncioiu” Cluj-Napoca.

10) proceduri prin tehnici transcater:

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București;
- b) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
- c) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila;
- d) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- e) SC Clinica Polisano SRL – Sibiu;
- f) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
- g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Nicolae Stăncioiu” Cluj-Napoca.

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

- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București;
- b) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- c) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;

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.

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.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE ONCOLOGIE

Obiective:

- a) tratamentul medicamentos al 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.

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 realizate în regim de spitalizare de zi;
6. 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:

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

Criterii de eligibilitate:

- 1) includerea în subprogram: după stabilirea diagnosticului de boală neoplazică și stadializarea extensiei tumorale, conform procedurilor recomandate de ghidurile și tratatele naționale și internaționale recunoscute;
- 2) excluderea din subprogram: după epuizarea dozelor de citostatice recomandate sau a timpului de acordare a tratamentului sau la solicitarea bolnavului, după caz;
- 3) reincluderea în subprogram: la constatarea recidivei sau a progresiei bolii stabilizate, când pacientul necesită reinstituirea tratamentului antineoplazic.

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici:
 - număr de bolnavi tratați: 126.498;
- 2) indicatori de eficiență:
 - cost mediu/bolnav tratat/an: 12.002 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

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

Unități care derulează subprogramul:

- a) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu" București;
- b) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;
- c) Institutul Regional de Oncologie Iași;
- d) Institutul Regional de Oncologie Timișoara;
- e) unități sanitare care au în structură secții, compartimente, ambulatorii de specialitate sau cabinete medicale, inclusiv unități sanitare cărora le sunt arondate

ambulatorii/cabinete medicale de specialitate, după caz, ce au în competență tratarea bolnavilor pentru afecțiuni oncologice și oncohematologice;

f) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;

g) farmacii cu circuit deschis.

Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT (adulți și copii)

Activități:

- monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT.

Criterii de eligibilitate:

- pentru pacienți adulți:

1) Cancere ale capului și gâtului (Tumori ale sferei ORL):

a) Identificarea tumorii primare la pacienții 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 pacienții 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 folicular cu nivele crescute de tireoglobulina 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.

3) Cancerul mamar

a) Evaluarea leziunilor multifocale sau a suspiciunii de recurență la pacienți cu sâni denși la examen mamografic;

b) Diagnosticul diferențial al plexopatiei brahiale induse de tratament față de invazia tumorală la pacienți cu examen RMN echivoc sau normal;

c) Evaluarea extensiei bolii la pacienții cu tumori avansate loco-regional;

d) Stadializarea cazurilor cu leziuni de recidivă în urma unor rezultate ale examenelor de laborator (CA 15-3, fosfataza alcalină), cu investigații imagistice neconcludente sau negative;

e) Evaluarea raspunsului la chimioterapie la pacientii a caror evolutie nu poate fi demonstrata utilizand alte tehnici;(ex. metastazele osoase).

4) Cancerul pulmonar cu celule “non small”(NSCLC):

a) Stadializarea pacienților considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală: în mod specific pacienții cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT sau adenopatii mediastinale între 1 și 2 cm la examenul CT și pacienți 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 pacienții cu comorbidități medicale);

c) Evaluarea suspiciunii de recidivă (diagnosticul diferențial între efectele tratamentului și recidiva tumorală).

5) Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC):

- Stadializarea pacienților cu SCLC cu boala limitată la examenul CT considerați apti pentru terapie radicală (intervenție chirurgicală).

6) Neoplazii pleurale maligne:

a) Pentru ghidajul biopsiei la pacienții cu suspiciune de leziune pleurală malignă: cu îngroșare pleurală; FDG are mai mică utilitate la pacienții care prezintă doar revărsat pleural sau la cei cu istoric de pleurodeză;

b) Pentru excluderea diseminării extratoracice la pacienții cu mezoteliom propuși pentru terapie multimodală care include chirurgie radicală/decorticare.

7) Carcinom timic:

a) Stadializarea pacienților 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 pacienții care au primit tratament neoadjuvant;

b) Evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienții 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 pacienților care vor necesita probabil terapie sistemică;

b) Evaluarea răspunsului la terapia sistemică.

11) Carcinoame pancreatice:

a) Diagnosticul diferențial tumori maligne/tumori benigne;

b) Stadializarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate și investigații imagistice neconcludente;

c) 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 colo-rectale:

a) Stadializarea pacienților cu metastaze sincrone operabile la momentul diagnosticului;

b) Stadializarea preoperatorie în cancerul rectal;

c) Restadializarea pacienților cu recidive considerate rezecabile și/sau leziuni metastatice considerate rezecabile;

d) Detecția recidivelor la pacienți cu markeri tumorali în creștere și/sau suspiciune clinică de recidivă cu investigații imagistice normale sau echivoce;

e) Evaluarea maselor tumorale presacrate post tratament în cancerul de rect.

13) Carcinoamele ovariene:

- Evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor valori crescute ale CA125, cu investigații imagistice negative sau echivoce.

14) Carcinoamele uterine:

a) Stadializarea sau restadializarea pacientelor cu carcinoame uterine (col/endometru) considerate apte pentru intervenție chirurgicală exenterativă;

b) Stadializarea pacientelor cu cancer de col uterin suspionate 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 echivoce;

15) Tumori ale celulelor germinale:

a) Evaluarea recidivei tumorale la pacienții cu seminom metastazat sau teratom, cu markeri tumorali crescuți sau în creștere și investigații imagistice echivoce sau normale;

b) Evaluarea maselor reziduale la pacienții cu 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 pacienților cu Limfom Hodgkin sau cu limfoame non –Hodgkin agresive;

b) Evaluarea de etapă a răspunsului la tratament la pacienții cu limfom Hodgkin sau cu limfoame non- Hodgkin agresive, după doua cicluri de chimioterapie;

c) Stadializarea pacienților cu limfom folicular în stadii incipiente, considerate eligibile pentru radioterapie;

d) Evaluarea răspunsului la tratament la pacienții cu limfom Hodgkin sau limfoame non –Hodgkin agresive cu examen PET-CT de etapă pozitiv și cu masa tumorală reziduală evidențiată CT/RMN;

e) Evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienții simptomatici cu limfoame avide pentru FDG (difuz cu celula mare-B, de mantă, anaplazice, limfoblastice) și examen CT/RMN neconcludent;

f) Evaluarea pacienților pretransplant pentru aprecierea masei tumorale și a oportunității transplantului;

g) Stadializarea suspiciunii de recidivă post transplant;

h) Evaluarea răspunsului la tratamentul de linia a doua și la tratamentele ulterioare la pacienții cu limfoame avide FDG;

i) Excluderea afectărilor sistemice în limfoamele cutanate;

j) Determinarea extensiei și identificarea locului potrivit pentru biopsie la pacienții cu limfoame cu grad de malignitate scăzut la care este suspectată transformarea în limfom cu grad înalt de malignitate.

18) Mieloame:

a) Evaluarea pacienților cu plasmocitom aparent solitar sau la pacienții cu leziuni osteolitice ambigue;

b) Suspiciunea de recidivă la pacienții 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 santinelă pozitiv.

20) Tumori musculo-scheletale:

- 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 pacienților 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 pacienți cu sarcom Ewing și examen scintigrafic osos negativ.

21) Tumori neuroendocrine:

- a) Stadializarea sau restadializarea pacienților cu tumori neuroendocrine înainte de tratament, cu examen scintigrafic negativ cu metaiodobenzilguanidina (MIBG) sau cu octreotide;
- b) Evaluarea determinărilor multifocale la pacienții cu paragangliom propuși pentru intervenție chirurgicală.

22) Indicații pediatrice:

- a) Osteosarcoame și sarcoame Ewing- stadializare inițială și evaluarea răspunsului la chimioterapie;
- b) Neuroblastom-stadializare inițială și evaluarea răspunsului la tratament;
- c) Tumora Wilms-evaluare preterapeutică;
- d) Histiocitoza cu celule Langherhans –evaluare preterapeutică și evaluarea răspunsului la tratament;
- e) Limfoame Hodgkin și non -Hodgkin-aceleași criterii ca și la adult;
- f) Alte afecțiuni maligne – aceleași criterii ca la adult.

23) Localizarea carcinoamelor oculte la pacienți cu metastaze cu punct de plecare neprecizat.

Detecția localizării primare în situațiile în care investigațiile imagistice și examenul histopatologic nu au reușit să evidențieze localizarea primară, acolo unde precizarea localizării primare va influența alegerea protocolului de chimioterapie.

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi: 4.632

2) indicatori de eficiență:

- tarif/investigație: 4.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii medicale paraclinice - investigații PET-CT.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Pozitron-Diagnostika, Oradea;
- b) Societatea "Affidea Romania" - S.R.L. - București;
- c) Societatea Comercială "Pozitron Medical Investigation" - S.R.L. Constanța;
- d) Centrul de Diagnostic și Tratament Oncologic Brașov;
- e) Societatea Comercială "CT Clinic" - S.R.L., Cluj-Napoca;
- f) MNT Healthcare Europe SRL-Neolife;
- g) Societatea "Affidea Romania" - S.R.L. - Timișoara;
- h) Societatea "MNT Diagnostic Services" - S.R.L. - Iași;
- i) Institutul Regional de Oncologie Iași.

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 bolnave: 200;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnavă: 2.087 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 Județean de Urgență Brașov;
- j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- k) Spitalul Județean de Urgență Constanța;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sfântul Spiridon" Iași;
- n) Spitalul Clinic Județean Oradea;
- o) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- p) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- q) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- r) Institutul Regional de Oncologie Iași;
- s) Spital Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila".

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: 400;
- b) număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 400;
- c) număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH: 300;
- d) număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 300;
- e) număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin imunofenotipare: 500
- f) număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen citogenetic și/sau FISH: 200;
- g) număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculară: 200.

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, cobaltoterapie, 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) criterii 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) criterii de întrerupere: Întreruperea tratamentului prin radioterapie poate fi propusă de către medicul radioterapeut curant comisiei de indicație terapeutică în următoarele situații: decizia pacientului, evoluția bolii sub tratament, apariția de efecte secundare sau complicații acute ale tratamentului care pun în pericol viața pacientului, 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) Cobaltoterapie - radioterapie 2D, cu indicații similare iradierii cu accelerator liniar 2D;
- c) Radioterapie cu accelerator liniar 2D - tratamente paliative sau simptomatice, tratamente cu intenție curativă la pacienți selecționați (pelvis prin tehnica "box", cancer mamar, cancere ORL - ex. cancer laringian operat);

- d) Radioterapie cu accelerator liniar 3D - tratamente cu intenție curativă, paliativă sau tratamente simptomatice la pacienți selecționați - speranța de viață neafectată de patologie asociată, tumori cerebrale, iradieri profilactice;
 - e) IMRT - tratamentul radiologic în cancerele ORL, cancerul prostatei, iradierea recidivelor sau a tumorilor după "geographic miss", în toate 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 paciente cu sâni mari, iradierea peretelui toracic după mastectomie, cancer esofagian, cancer pulmonar cu intenție curativă, cancer al canalului anal, cancerul traheei, radioterapie pediatrică;
 - f) Brahiterapie:
 - a. Brahiterapie intracavitară - iradiere exclusivă sau suplimentarea dozei în cancerele 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: 626;
 - b) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu cobaltoterapie/an: 1.464;
 - c) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an: 3.893;
 - d) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an: 8.684;
 - e) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie IMRT/an: 6.995;
 - f) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin brahiterapie/an: 4.040.
 - 2) indicatori de eficiență:
 - a) tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj: 29 lei
 - b) tarif/serviciu de radioterapie cu cobaltoterapie: 144 lei
 - c) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 lei;
 - d) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 lei
 - e) tarif/serviciu de radioterapie IMRT: 640 lei

f) 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: 100;

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

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).

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT AL SURDITĂȚII PRIN PROTEZE AUDITIVE IMPLANTABILE (IMPLANT COHLEAR ȘI PROTEZE AUDITIVE)

Activități:

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

Criteriile de eligibilitate:

- a) Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială profundă cu praguri mai mari de 90 dB, pre sau perilinguală, sub vârsta de 6 ani (IC)
- b) Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială severă/ profundă postmeningitică – prioritate - (IC)
- c) Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială progresivă cu pierderea beneficiului prin metode de protezare clasice (aparate auditive) - (IC)
- d) Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială postlinguală profundă pe frecvențele înalte (>1000Hz) și ușoară/medie pe frecvențele joase(<1000Hz), cu discriminare vocala sub 50% - (IC)
- e) Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială la adult severă/profundă, praguri mai mari de 70 dB, praguri mai mari de 55 dB in camp liber cu protezare, discriminare vocală sub 40% cu proteze si stimul de 65 dB HL – (IC).
- f) Hipoacuzie neurosenzorială asimetrică severa, profundă, inclusiv pierderea totală de auz unilaterală cu auz normal sau aproape normal contralateral – (BAHA sau alte dispozitive cu ancorare osoasă, IC).
- g) Hipoacuzie de transmisie sau mixtă, uni sau bilaterală care nu poate fi protezată clasic (otite externă cronică sau recidivantă, supurații auriculare cronice, stenoze sau malformații de ureche externă/ medie – (BAHA sau alte dispozitive cu ancorare osoasă, IUM)
- h) Hipoacuzie neurosenzorială moderată/severă cu discriminare peste 50% (IUM)
- i) Hipoacuzie de transmisie sau mixtă, moderată/severă cu praguri ale conducerii osoase mai mici de 60 dB (IUM, BAHA sau alte dispozitive cu ancorare osoasă)
- j) Suport și implicare familială bună. Suport psihologic adecvat.
- k) Așteptări realiste din partea familiei în privința rezultatelor reabilitării auditiv-verbale;
- l) Înlocuirea procesorului extern, după expirarea perioadei de garanție, in cazuri bine justificate, la recomandarea medicului specialist.

Tipul de implantare – uni sau bilaterală , simultană sau secvențială – este stabilit de echipa de implant cohlear în funcție de specificul fiecărui bolnav.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de implanturi cohleare: 200;
- b) număr de proteze auditive cu ancorare osoasă BAHA: 40;
- c) număr de proteze implantabile de ureche medie: 1;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/implant cohlear: 96.385 lei;

- b) cost mediu/proteză auditivă cu ancorare osoasă BAHA: 24.383 lei;
- c) cost mediu/proteză implantabilă de ureche medie: 44.340 lei.

Natura cheltuielilor programului:

-cheltuieli cu materiale specifice: implanturi cohleare (procesor intern, procesor extern) , proteze auditive cu ancorare osoasă și proteze implantabile de ureche medie.

Unități care derulează programul:

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

PROGRAMUL NAȚIONAL DE DIABET ZAHARAT

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

1) activitatea 1: bolnavi cu diabet zaharat, la recomandarea medicului specialist diabetolog, a medicului cu competență/atestat în diabet sau a medicilor desemnați. Medicii desemnați sunt medicii specialiști (medicină internă, medicină de familie), nominalizați de casele de asigurări de sănătate în situația în care există un deficit de medici diabetologi, sau cu competență în diabet, nutriție și boli metabolice la nivel județean.

2) activitatea 2:

a) pentru bolnavi beneficiari de insulină:

a.1) bolnavi cu diabet zaharat tip 1;

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

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

- când tratamentul cu ADO este contraindicat;
- intervenție chirurgicală;
- infecții acute;
- infecții cronice (de exemplu, TBC pulmonar);
- evenimente cardiovasculare acute (infarct miocardic angoroinstabil, AVC);
- alte situații (intoleranță digestivă, stres);
- bolnave cu diabet gestațional;

b) pentru bolnavii beneficiari de medicamente ADO:

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

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

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

a) insulinoterapie în prize multiple sau cu insulinoterapie convențională;

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

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

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

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu își dovedește eficacitatea;

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

a) bolnavi aflați în tratament permanent cu insulină:

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

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

a.3) gravide cu diabet zaharat tip I;

b) bolnavi aflați în tratament temporar cu insulină:

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

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

c) criterii de decizie a pacientului:

c.1) motivație;

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

c.3) capacitate și abilități de utilizare a pompei;

c.4) suport familial.

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

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

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de persoane cu diabet evaluate prin dozarea hemoglobinei glicozilate: 60.000;

b) număr de bolnavi cu diabet zaharat tratați: 782.430;

c) număr de bolnavi automonitorizați: 243.189, din care:

c.1) număr de copii cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizați: 3.529;

c.2) număr de adulți cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizați: 239.660;

d) număr de bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de pompe de insulină: 139;

e) număr de bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină: 448;

2) indicatori de eficiență:

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

b) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tratat/an: 1.076lei;

c) cost mediu/copil cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizat/an: 1.860 lei (400 teste/3 luni);

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

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

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

Natura cheltuielilor programului:

a) cheltuieli pentru efectuarea HbA1c;

b) cheltuieli pentru medicamente: insulină și antidiabetice orale;

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

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

Unități care derulează programul:

- a) Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" București;
- b) unități sanitare care au în structură secții/compartimente de profil/cabinete medicale de specialitate autorizate și evaluate în condițiile legii, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;
- d) furnizori de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casa de asigurări pentru furnizarea serviciilor medicale paraclinice în ambulatoriu, pe baza contractelor încheiate în acest sens. Decontarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c) se face în funcție de serviciile realizate, în limita sumelor aprobate cu această destinație la nivelul caselor de asigurări de sănătate. Recomandarea pentru efectuarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c) se face de către medicul specialist diabetolog, de medicul cu competență/atestat în diabet sau de medicul desemnat. Medicul desemnat este medicul specialist (medicină internă, medicină de familie), nominalizat de casele de asigurări de sănătate în situația în care există un deficit de medici diabetologi, sau cu competență în diabet, nutriție și boli metabolice la nivel județean, dar nu mai mult de două dozări/bolnav/an. Valabilitatea recomandării este de maximum 90, respectiv 92 de zile calendaristice, după caz;
- e) farmacii cu circuit deschis.
- f) pentru pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea:
 - f.1) pompe de insulină - centre metodologice regionale, respectiv:
 - București - Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" București (județe arondate: Brăila, Brașov, Călărași, Constanța, Dâmbovița, Giurgiu, Ilfov, Ialomița, Prahova, Sibiu, Tulcea, Vrancea);
 - Timișoara - Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara (județe arondate: Alba, Arad, Bihor, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș);
 - Craiova - Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova (județe arondate: Argeș, Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea, Teleorman);
 - Iași - Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași (județe arondate: Bacău, Botoșani, Buzău, Galați, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui);
 - Cluj - Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj (județe arondate: Bistrița-Năsăud, Cluj, Covasna, Harghita, Mureș, Maramureș, Sălaj, Satu Mare);
 - f.2) materiale consumabile pentru pompele de insulină:
 - Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" București;
 - centre și unități sanitare cu secții/compartimente de profil, cabinete medicale de specialitate autorizate și evaluate în condițiile legii.

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT AL BOLILOR NEUROLOGICE

Activități:

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

Criterii de eligibilitate a bolnavilor cu scleroză multiplă:

a) vor fi incluși bolnavii:

a.1) cu formă recurent-remisivă și scor EDSS \leq 5,5 (interferonum beta 1a cu administrare i.m., interferonum beta 1a cu administrare sc, interferonum beta 1b cu administrare sc)

a.2) cu sindrom clinic izolat (CIS) cu imagistică sugestivă pentru scleroză multiplă (IRM cerebrală și/sau medulară) și excluderea cu certitudine a unui alt diagnostic etiologic (interferonum beta 1a cu administrare i.m., interferonum beta 1b cu administrare sc, glatiramer acetat);

a.3) cu formă secundar progresivă și scor EDSS \leq 6,5 (interferonum beta 1b cu administrare sc);

a.4) cu formă progresivă cu recăderi și scor EDSS \leq 5,5 (interferonum beta 1b cu administrare sc, interferonum beta 1a cu administrare sc);

a.5) care nu au răspuns unei cure complete și adecvate de betainterferon (indiferent de forma farmaceutică), glatirameracetat sau teriflunomidum; pacienții trebuie să fi avut cel puțin o recidivă în anul precedent în timp ce se aflau în tratament și să aibă cel puțin 9 leziuni hiperintense T2 la IRM craniană sau cel puțin o leziune evidențiată cu gadoliniu (natalizumabum);

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

b) vor fi excluși bolnavii:

b.1) cu reacții adverse greu de suportat;

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

b.3) care refuză tratamentul;

b.4) femei gravide sau care alăptează;

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

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

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

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

- c.3) scăderea complianței bolnavului sub un anumit tratament imunomodulator;
- c.4) schimbarea formei clinice evolutive sub un anumit tratament imunomodulator;
- c.5) apariția tulburărilor depresive la pacienți tratați cu interferon (pot fi tratați cu glatiramer acetat);
- c.6) scăderea eficienței clinice sub tratament cu un imunomodulator de linia I (interferonum beta 1a cu administrare IM, interferonum beta 1a cu administrare SC, interferonum beta 1b cu administrare SC, glatiramer acetat, teriflunomidum) și cel puțin două recăderi în ultimul an necesită inițierea tratamentului cu natalizumabum; (cu respectarea riguroasă a indicațiilor, contraindicațiilor, metodologiei de inițiere și monitorizare specifice).

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

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici:
 - număr de bolnavi cu scleroză multiplă tratați: 3.930;
- 2) indicatori de eficiență:
 - cost mediu/bolnav cu scleroză multiplă tratat/an: 31.687,53 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.

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) și hemofilie dobândită

2. asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a tratamentului cu chelatori de fier pentru bolnavii cu talasemie.

Criterii de eligibilitate:

1) hemofilia congenitală:

a) bolnavi cu hemofilie, congenitală fără inhibitori:

a.1) pentru tratamentul sau substituția profilactică continuă:

- bolnavi cu hemofilie congenitală A și B fără inhibitori cu vârsta 1 - 18 ani și cu vârsta peste 18 ani la care s-a început deja tratamentul profilactic din perioada copilăriei, cu formă congenitală severă de boală (deficit congenital de F VIII sau F IX \leq 1% sau 1 - 2% cu fenotip sever);

a.2) pentru tratamentul sau substituția profilactică intermitentă/de scurtă durată:

- bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori indiferent de vârstă:
 - pe perioada curelor de recuperare locomotorie fizio-kinetoterapeutică, perioada stabilită fiind bine documentată;
 - în caz de articulații țintă ($>$ 4 sângerări într-o articulație într-o perioadă de 6 luni) bine documentat;
 - în caz de efort fizic intensiv (călătorie, ortostatism prelungit, vacanță/concediu) pe o perioadă care să nu depășească anual 20 de săptămâni.
 - prevenirea accidentelor hemoragice cu localizare cu potențial risc vital bine documentat;

- bolnavi la care s-a efectuat protezare articulară

a.3) pentru tratamentul "on demand" (curativ) al accidentelor hemoragice:

- bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori, cu episod hemoragic, indiferent de vârstă și grad de severitate

b) bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori:

b.1) pentru profilaxia secundară regulată pe termen lung:

- bolnavii cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu vârsta 1-18 ani în următoarele cazuri:

- prezența unor inhibitori persistenți, cu titru mare asociați cu un tratament nereușit de inducere a toleranței imune (ITI), sau

- bolnavi care urmează protocolul ITI până se obține toleranța satisfăcătoare (titru inhibitori $<$ 0,6 UB, recovery F VIII / IX $>$ 66%, T $\frac{1}{2}$ F VIII / FIX $>$ 6 ore)

- din motive obiective, nu se poate efectua tratamentul de inducere a toleranței imune (ITI).

b.2) pentru profilaxia secundară pe termen scurt/intermitentă:

- bolnavii cu hemofilie congenitală cu inhibitori indiferent de vârstă:

- pe perioada curelor de recuperare locomotorie fizio-kinetoterapeutică, perioada stabilită fiind bine documentată;

- în caz de articulații țintă (> 4 sângerări într-o articulație într-o perioadă de 6 luni) bine documentat;

- în caz de efort fizic intensiv (călătorie, ortostatism prelungit, vacanță/concediu) pe o perioadă care să nu depășească anual 20 de săptămâni.

- prevenirea accidentelor hemoragice cu localizare cu potențial risc vital bine documentat;

- bolnavi la care s-a efectuat protezare articulară.

b.3) pentru tratamentul de oprire a sângerărilor:

- bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori, cu episod hemoragic, indiferent de vârstă și grad de severitate

c) bolnavi cu hemofilie congenitală cu și fără inhibitori, pentru tratamentul de substituție în cazul intervențiilor chirurgicale și ortopedice:

- bolnavi, indiferent de vârstă, cu hemofilie congenitală cu și fără inhibitori care necesită intervenții chirurgicale sau ortopedice.

2) bolnavi cu boala von Willebrand

a) pentru tratamentul profilactic de lungă durată: pacienții cu formă severă de boală, cu vârsta sub 18 ani și cei peste 18 ani care au beneficiat anterior de profilaxie

b) pentru tratamentul profilactic de scurtă durată: înainte, intra- și post-intervenții sângerânde (ortopedice, chirurgicale, stomatologice), în perioada fiziokinetoterapiei recuperatorii, la femeile gravide pentru menținerea unor nivele plasmatice de FVIII / FvW de > 50 % atât antepartum, cât și post-partum cel puțin 7-10 zile.

c) pentru tratamentul “on demand”:

- episoade usoare de hemoragie care nu au răspuns la tratamentul cu DDAVP, indiferent de tipul bolii von Willebrand și de vârstă

- episoade moderate sau severe de hemoragie, indiferent de tipul bolii von Willebrand și de vârstă.

3) hemofilia dobândită clinic manifestă:

- în cazul hemoragiilor la bolnavi fără antecedente personale (și familiale) care dezvoltă autoanticorpi (anticorpi inhibitori) împotriva propriilor factori de coagulare endogeni, având ca rezultat reducerea semnificativă a activității factorului respectiv și consecutiv alterarea coagulării.

4) talasemie majoră:

- bolnavi cu talasemie care la inițierea tratamentului chelator de fier au vârsta de cel puțin 2 ani și nivelul feritinei serice egal sau mai mare de 1000 ng/mL;

- bolnavi cu talasemie care, după inițierea tratamentului chelator de fier, prezintă hemocromatoză secundară post-transfuzională, cu un nivel al feritinei serice care poate să fie mai mare sau mai mic de 1000 ng/mL.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică continuă: 200
- b) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică intermitentă/de scurtă durată: 250
- c) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu tratament „on demand”: 752
- d) număr de bolnavi cu vârsta 1-18 ani cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu titru mare cu profilaxie secundară pe termen lung: 10
- e) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen scurt/intermitentă: 20
- f) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu tratament de oprire a sângerărilor: 43
- g) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu și fără inhibitori/boală von Willebrand, pentru tratamentul de substituție în cazul intervențiilor chirurgicale și ortopedice: 50
- h) număr de bolnavi cu hemofilie dobândită simptomatică cu tratament de substituție: 20
- i) i) număr de bolnavi cu talasemie: 200;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică continuă/an: 240.266,30 lei
- b) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituție profilactică intermitentă/de scurtă durată /an: 166.110 lei
- c) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu tratament „on demand”/an: 63.280 lei
- d) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen lung/an: 1.458.000 lei
- e) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen scurt/intermitentă/an: 787.500 lei
- f) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu tratament de oprire a sângerărilor/an: 787.500 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: 315.000 lei

- h) cost mediu/bolnav cu hemofilie dobândită cu tratament de substituție/an: 313.600 lei;
- i) cost mediu/bolnav cu talasemie /an: 51.000 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 nr. 1301/500/2008 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 care derulează programul:

- 1) Tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenții chirurgicale:
 - a) Institutul Național de Hematologie Transfuzională "Prof. Dr. C.T. Nicolau" București;
 - b) Clinica de Hematologie Fundeni, Clinica de Pediatrie Fundeni București;
 - c) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București;
 - d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
 - e) Spitalul Clinic Colțea București;
 - f) Centrul Medical de Evaluare și Recuperare pentru Copii și Tineri "Cristian Șerban" Buziaș;
 - g) unități sanitare cu secții sau compartimente de pediatrie și hematologie;
 - h) unități sanitare cu secții sau compartimente de medicină internă pentru județele unde nu există unități sanitare cu secții sau compartimente de hematologie
 - i) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;

2. Tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale:
 - a) Institutul Clinic Fundeni;
 - b) Institutul Național de Hematologie Transfuzională "Prof. Dr. C.T. Nicolau" București;
 - c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara
 - d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
 - e) Spitalul Clinic Județean Craiova;
 - f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

- g) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- i) Spitalul Clinic de Urgențe pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;

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), tratamentul polineuropatiei familiale amiloide cu transtiretină;
- b) tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă;
- c) tratamentul bolnavilor cu boala Fabry;
- d) tratamentul bolnavilor cu boala Pompe;
- e) tratamentul bolnavilor cu tirozinemie;
- f) tratamentul bolnavilor cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter);
- g) tratamentul bolnavilor cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler);
- h) tratamentul bolnavilor cu afibrinogenemie congenitală;
- i) tratamentul bolnavilor cu sindrom de imunodeficiență primară;
- j) tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă;
- k) tratamentul sclerozei sistemice și ulcerelor digitale evolutive;
- l) tratamentul purperei trombocitopenice imune cronice la adulții splenectomizați și nesplenectomizați;
- m) tratamentul hiperfenilalaninemiei la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4);
- n) tratamentul sclerozei tuberoase);
- o) tratamentul bolnavilor cu HTAP;

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
- 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.

Criterii de eligibilitate:

- 1) boli neurologice degenerative/inflamator-imune:
 - a) bolnavi cu diagnostic cert de boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme cronice (polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă, neuropatie motorie multifocală cu bloc de conducere, neuropatie demielinizantă paraproteinică, sindroame neurologice paraneoplazice, miopatie inflamatorie, scleroză multiplă - forme cu recăderi și remisiuni la copii sub 12 ani, encefalita Rasmussen);
 - b) bolnavi cu diagnostic cert de boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme acute - urgențe neurologice (poliradiculonevrite acute, sindrom Guillan-Barre, miastenia - crize miastenice);
- 2) scleroză laterală amiotrofică:
 - bolnavi cu diagnostic cert de scleroză laterală amiotrofică;
- 3) osteogeneză imperfectă:
 - a) tratament medicamentos: bolnavii cu diagnostic cert de osteogeneză imperfectă (diagnostic clinic, paraclinic și genetic);
 - b) tratament cu tije telescopice:
 - bolnavi cu fracturi multiple și/sau deformări osoase care necesită armarea oaselor lungi;
- 4) boala Fabry:
 - bolnavii cu diagnostic cert de boala Fabry;
- 5) boala Pompe:
 - bolnavii cu diagnostic cert de boala Pompe;
- 6) tirozinemie:
 - bolnavi cu diagnostic cert de tirozinemie.
- 7) bolnavii cu diagnostic cert de mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter);

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

9) bolnavii cu diagnostic cert de afibrinogenemie congenitală;

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

11) hipertensiune arterială pulmonară:

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

a.1) idiopatică/familială;

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

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

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

b) criterii de eligibilitate pentru copii:

b.1) grupa de vârstă 0 - 18 ani;

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

b.3) sindrom Eisenmenger;

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

b.5) HTAP idiopatică;

c) criterii de eligibilitate pentru adulți:

c.1) HTAP idiopatică/familială;

c.2) HTAP asociată cu colagenoze;

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

d) condiții suplimentare obligatorii:

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

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

d.3) pacienții a căror distanță la testul de mers de 6 minute efectuat inițial este mai mică de 450 de metri. La pacienții cu test de mers de sub 150 (foarte severi)

sau imposibil de realizat (comorbidități), testul de mers nu va putea fi folosit ca parametru de eficiență;

d.4) includerea în Registrul național al pacienților cu HTAP;

12) mucoviscidoză:

- bolnavii cu diagnostic cert de mucoviscidoză;

13) epidermoliză buloasă:

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

14) sindromul Prader Willi:

- bolnavii cu diagnostic cert de Sindrom Prader Willi.

15) Polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină

- bolnavi cu diagnostic cert de polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină

16) Scleroza sistemică și ulcerale digitale evolutive

- bolnavi cu diagnostic cert de scleroză sistemică și ulcerale digitale evolutive

17) Purpura trombocitopenică imună cronică la adulții splenectomizați și nesplenectomizați

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

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

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

19) Scleroza tuberoasă:

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

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

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

- creșterea ASCG argumentată prin imagini radiologice seriale;
- vârsta \geq 1 an;

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

- bolnavi adulți cu angiomiolipom renal asociat cu complexul sclerozei tuberoase (CST) care prezintă riscul apariției de complicații (pe baza unor factori cum sunt dimensiunea tumorii, prezența anevrismului sau prezența tumorilor multiple ori bilaterale), dar care nu necesită intervenție chirurgicală imediată;

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

- creșterea în dimensiuni a angioliipomului argumentată prin imagini radiologice seriale."

20) Fibroza pulmonară idiopatică

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic de Fibroză pulmonară idiopatică stabilit conform criteriilor ATS/ERS prin prezența unuia din:

a) Biopsie pulmonară (pe cale chirurgicală sau transbronșică) care arată un aspect tipic sau probabil de "Pneumonie interstițială uzuală" și un aspect pe computerul tomograf de înaltă rezoluție de Pneumonie interstițială uzuală tipică sau posibilă

b) Aspect pe computerul tomograf de înaltă rezoluție de Pneumopatie interstițială uzuală tipică în absența biopsiei pulmonară sau cu o biopsie pulmonară cu aspect de Pneumonie interstițială uzuală posibilă

și care îndeplinesc următoarele condiții:

1. Vârsta peste 40 de ani

2. Nefumător sau sevrat de fumat de cel puțin 3 luni

3. Diagnostic de Fibroză pulmonară idiopatică conform paragrafului anterior, realizat cu maxim 5 ani în urmă

4. Absența altei etiologii a fibrozei pulmonare incluzând: expuneri la metale grele (beriliu), reacții secundare medicamentoase, iradiere pulmonară, pneumonită de hipersensibilitate, sarcoidoză, bronșiolită obliterantă, infecție HIV sau hepatită virală, cancer, boli de colagen indiferent de tipul acestora (ca de exemplu sclerodermie, polimiozită/dermatomiozită, lupus eritematos diseminat, poliartrită reumatoidă)

5. Evaluare funcțională respiratorie având următoarele caracteristici (toate prezente):

- Capacitate vitală forțată cuprinsă între 50 și 90% din valoarea prezisă;

- Factor de transfer prin membrana alveolocapilară (DLco) corectat pentru valoarea hemoglobinei cuprins între 30 și 90% din valoarea prezisă

- Indice de permeabilitate bronșică (VEMS/CVF) > 0,8 și test de bronhodilație negativ după criteriile ATS/ERS (< 12% ameliorarea a VEMS la 30 minute după administrarea de 400 μg de salbutamol).

21) Distrofie musculară Duchenne:

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic de distrofie musculară Duchenne, cauzată de o mutație nonsens la nivelul genei distrofinei (nmDMD) – prezența unei mutație nonsens în gena distrofinei trebuie determinată prin testare genetică, cu:

- vârsta \geq 5 ani;
- capacitate de deplasare păstrată (merge 10 pași fără sprijin);
- consimțământ informat privind administrarea medicamentului și criteriile de includere, excludere și oprire a tratamentului, precum și acceptul de a se prezenta periodic la evaluările standardizate, înainte de începerea tratamentului, semnat de bolnav/părinte sau tutore.

Criterii de excludere:

- bolnavi cu diagnostic de distrofie musculară Duchenne, care nu prezintă o mutație nonsense;
- vârsta < 5 ani;
- capacitate de deplasare pierdută (nu merge 10 pași fără sprijin).

22) Angioedem ereditar: criteriile de eligibilitate se completează după publicarea protocolului terapeutic aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme cronice: 193;
- număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme acute - urgențe neurologice: 205;
- număr de bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică: 579;
- număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (medicamente): 29;
- d.1) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice): 17;
- număr de bolnavi cu boala Fabry: 23;
- număr de bolnavi cu boala Pompe:7;
- număr de bolnavi cu tirozinemie: 4;
- număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter): 17;
- număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler):6;
- număr de bolnavi cu afibrinogenemie congenitală: 2;
- număr de bolnavi cu sindrom de imunodeficiență primară: 219;

- l) număr de bolnavi cu HTAP tratați: 443;
- m) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (adulți): 122;
- n) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (copii): 404;
- o) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă: 83;
- p) număr de bolnavi cu sindromul Prader Willi: 26;
- r) număr de bolnavi cu polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină: 3;
- s) număr de bolnavi cu scleroză sistemică și ulcere digitale evolutive: 169;
- ș) număr de bolnavi adulți cu purpură trombocitopenică imună cronică splenectomizați și nesplenectomizați: 59;
- t) număr de bolnavi cu hiperfenilalaninemie care au fost diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4): 16;
- ț) număr de bolnavi cu scleroză tuberoasă: 34;
- u) număr de bolnavi cu fibroză pulmonară idiopatică: 80;
- v) număr de bolnavi cu distofie musculară duchenne: 20;
- x) număr bolnavi cu angioedem ereditar: se completează după publicarea protocolului terapeutic aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme cronice/an: 34.530 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgențe neurologice/an: 25.407 lei;
- c) cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică/an: 36.365 lei;
- d) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (medicamente)/an: 700 lei;
- d.1) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice)/an: 27.115 lei;
- e) cost mediu/bolnav cu boală Fabry/an: 525.941 lei*);
- f) cost mediu/bolnav cu boală Pompe/an: 1.016.049 lei*);
- g) cost mediu/bolnav cu tirozinemie/an: 196.692 lei;
- h) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter)/an: 1.398.553 lei*);
- i) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler)/an: 503.587 lei*);
- j) cost mediu/bolnav cu afibrinogenemie congenitală/an: 19.879 lei;
- k) cost mediu/bolnav cu sindrom de imunodeficiență primară/an: 25.081 lei*);
- l) cost mediu/bolnav HTAP/an: 64.963 lei;
- m) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (adulți)/an: 24.503 lei;
- n) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (copii)/an: 25.229 lei;
- o) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă/an: 22.794 lei;
- p) cost mediu/bolnav cu boala Prader Willi/an: 36.365 lei

- r) cost mediu/bolnav cu polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină/an: 639.103 lei;
- s) cost mediu/bolnav cu scleroză sistemică și ulcerele digitale evolutive/an: 114.357 lei;
- ș) cost mediu/bolnav adult cu purpură trombocitopenică imună cronică splenectomizat sau nesplenectomizat/an: 109.232 lei*);
- t) cost mediu/bolnav cu hiperfenilalaninemie care a fost diagnosticat cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)/an: 156.936- lei*);
- ț) cost mediu/bolnav cu scleroză tuberoasă/an: 180.522 lei*).
- u) cost mediu/bolnav cu fibroză pulmonară idiopatică/an: 78.210 lei
- v) cost mediu/bolnav cu distofie musculară Duchenne/an: 1.485.905 lei *)
- x) cost mediu/bolnav cu angioedem ereditar: se completează după publicarea protocolului terapeutic aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

*) Costul prevăzut la lit. e), f), h), i), k), ș), t) ță și v) 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:

Secții/compartimente de specialitate neurologie din:

- a) Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Institutul Clinic Fundeni;
- d) Spitalul Clinic Colentina;
- e) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;
- f) Spitalul de Recuperare Iași;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- j) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinica neurologie pediatrică;
- k) Spitalul de Urgență "Prof. dr. Agripa Ionescu";
- l) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- n) Spitalul Universitar de Urgență Elias;
- o) Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea;

p) Spitalul Județean de Urgență “ Dr. Constantin Opreș ” Baia Mare.

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

Secții/compartimente de specialitate neurologie din:

- a) Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Institutul Clinic Fundeni București;
- d) Spitalul Clinic Colentina;
- e) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- i) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - 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 Clinic Municipal “Dr. Gavril Curteanu” Oradea.

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;

- tije telescopice:

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

5) boala Fabry:

- a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași - Clinica IV pediatrie;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța - Secția hematologie-interne;
- c) Spitalul Universitar de Urgență București - Secția clinică neurologie;
- d) Spitalul Județean de Urgență Focșani;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj - Clinica de nefrologie;

- f) Spitalul Clinic "Dr. C. I. Parhon" Iași;
- g) Spitalul Clinic Județean Ilfov "Sfinții Împărați Constantin și Elena";
- h) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- j) Institutul Clinic Fundeni;
- k) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;

6) boala Pompe:

- a) Spitalul Județean de Urgență Ialomița;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- c) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- e) Spitalul Militar de Urgență „Regina Maria” Brașov;
- f) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Sf. Maria” Iași.

7) tirozinemia:

- a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" - Galați;
- b) Spitalul de Pediatrie Pitești;
- c) Spitalul Municipal Caracal;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța "Sfântul Apostol Andrei";

8) mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter):

- a) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare - secția de pediatrie;
- b) Spitalul Municipal Caritas - Roșiorii de Vede;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad - secția de pediatrie;
- d) Spitalul Județean de Urgență Mavromati Botoșani;
- e) Spitalul Clinic de Copii Brașov;
- f) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- g) Spitalul Județean de Urgență Sf. Gheorghe;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Slatina;
- j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- k) Spitalul Județean de Urgență Tulcea;
- l) Spitalul Județean de Urgență Brăila;
- m) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu;
- n) Spitalul de Pediatrie Pitești.

9) mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler):

- a) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București;
- b) Spitalul Clinic Municipal "Dr. G. Curteanu" Oradea;
- c) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe;

10) afibrinogenemie congenitală:

- a) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- b) Spitalul Orășenesc Vișeu de Sus;

11) sindrom de imunodeficiență primară:

- a) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca;
- b) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opriș" 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;

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;
- 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;

15) Sindromul Prader Willi:

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

16) Polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină:

- a) Institutul Clinic Fundeni București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București.

17) Scleroza sistemică și ulcerele 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.

18) Purpura trombocitopenică imună cronică la adulții splenectomizați și nesplenectomizați:

- a) Institutul Clinic Fundeni București;
- b) Spitalul Clinic Colțea;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- d) Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;
- e) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- g) Spitalul Municipal Ploiești;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- i) Spitalul Județean de Urgență " Dr. Constantin Opreș" Baia Mare.

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

PROGRAMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Activități:

- a) asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicod dependență;

- 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 pacienților:

- 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 pacienților:

- 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 pacienților:

- 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 pacientului pentru abstenența totală la opiacee pe termen lung, cu semnarea unui consimțământ informat asupra riscurilor și beneficiilor tratamentului cu naltrexona.

Criterii de excludere a pacienților:

- 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: 1.257;
- b) număr de teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor: 12.600;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu tratament de substituție/an: 1.180 lei;
- b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină: 9,53 lei;

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicod dependență;
- 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 Urgență Floreasca București - Secția ATI II toxicologie;
- f) Spitalul Clinic de Copii "Grigore Alexandrescu" București - Secția toxicologie;
- g) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Al. Obregia" București;
- h) Centrul de evaluare și tratament al toxicod dependenților tineri "Sfântul Stelian" București;
- i) Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. Dr. Matei Balș" București
- j) 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

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

1) pentru bolnavii cu osteoporoză:

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

Parametrul măsurat	Alendronat Risedronat Zolendronat	Alendronat Risedronat Zolendronat	Alfacalcidol	Raloxifenum
Scor T (DS) DEXA	< -2,0	< -2,7	< -2,5	< -2,5
Fracturi fragilitate	+			
Alte condiții	Criterii OMS FRAX			nu tolerează bifosfonații

2) pentru bolnavii cu gușă prin tireomegalie datorată carenței de iod:

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

pentru bolnavii cu gușă prin tireomegalie datorată proliferării maligne:

- confirmare de proliferare malignă a tiroidei prin puncție biopsie tiroidiană cu ac subțire sau examen histopatologic (postintervenție chirurgicală tiroidiană).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici: număr de bolnavi tratați: 13.816, din care:

a) 6.579 cu osteoporoză;

b) 6.556 cu gușă prin tireomegalie cauzată de carența de iod;

c) 681 cu gușă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav cu osteoporoză tratat/an: 272 lei;

b) cost mediu/bolnav cu gușă prin tireomegalie cauzată de carența de iod/an: 18 lei;

c) cost mediu/bolnav cu gușă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă/an: 1.014 lei.

Natura cheltuielilor programului:

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

Unități care derulează programul:

- a) Institutul Național de Endocrinologie "C.I. Parhon" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență Elias București;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sfântul Spiridon" Iași;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- f) Spitalul Clinic Județean Mureș;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- i) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- m) Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea;
- n) Spitalul Județean de Urgență Piatra Neamț;
- o) Spitalul Județean de Urgență Râmnicu Vâlcea;
- p) Spitalul Județean de Urgență "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
- q) Spitalul Județean de Urgență Sfântu Gheorghe;
- r) Spitalul Județean de Urgență Târgoviște;
- s) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu;
- t) Spitalul Județean de Urgență Zalău;
- u) Spitalul Județean de Urgență Brăila;
- v) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Galați;
- w) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- x) Spitalul Județean de Urgență "Mavromati" Botoșani;
- y) Spitalul Județean de Urgență Bistrița-Năsăud;
- z) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- aa) Spitalul Municipal Câmpulung Muscel;
- ab) Spitalul de Cardiologie Covasna;
- ac) Spitalul Județean de Urgență Deva;
- ad) Spitalul Județean de Urgență Ploiești;
- ae) Spitalul Județean de Urgență Miercurea Ciuc;
- af) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" București;
- ag) Spitalul Județean de Urgență Slatina;
- ah) 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 pacienților 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 în vederea prevenirii degenerării articulare;

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

Criterii de eligibilitate:

1) Tratamentul prin endoprotezare:

a) ortopedie pediatrică:

- pacienți copii cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulațiilor periferice;

- pacienți copii cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;

- pacienți copii cu sechele după luxație congenitală de șold cu anchiloza precoce a articulațiilor afectate;

- pacienți copii cu sechele după afecțiuni dobândite (Maladie Legg Calve Perthes, Epifizioliza);

b) ortopedia adultului:

- pacienți tineri cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulațiilor periferice;

- pacienți tineri cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;

- pacienții vârstei a treia care suferă de maladii degenerative invalidante;

- pacienți în etate care fac fracturi de col femural, extremitatea superioară a humerusului sau cot.

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

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:

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

b) ortopedia adultului:

- pacienți 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:

- pacienți 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:

- pacienți copii cu blocuri vertebrale;
- pacienți copii cu hemivertebre;

- pacienți 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 anestezist.

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

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de copii cu afecțiuni articulare endoprotezați/an: 1;
- număr de adulți cu afecțiuni articulare endoprotezați/an: 17.534;
- număr de copii cu endoprotezare articulară tumorală/an: 9;
- număr de adulți cu endoprotezare articulară tumorală/an: 13;
- număr de copii cu implant segmentar/an:39;
- număr de adulți cu implant segmentar/an: 523;
- număr de adulți tratați prin chirurgie spinală/an: 673;
- număr de copii cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică tratați/an: 1;
- număr de adulți cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare: 1.757;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/copil endoprotezat/an: lei; 2.725,00 lei;
- cost mediu/adult endoprotezat/an: 4.508,00 lei;
- cost mediu/copil cu endoprotezare articulară tumorală/an: 16.001,00 lei;
- cost mediu/ adult cu endoprotezare articulară tumorală/an: 36.155,00 lei;
- cost mediu/copil cu implant segmentar de coloană/an: 7.941,00 lei;
- cost mediu/adult cu implant segmentar de coloană/an: 1.878,00 lei;
- cost mediu/adult tratat prin chirurgie spinală: 1.530,00 lei;
- cost mediu/copil cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică tratat/an: 90.000,00 lei;
- cost mediu/adult cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare/an: 1.868,00 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, tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală, tratamentului prin instrumentație segmentară de coloană, tratamentului prin chirurgie spinală, tratamentului copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică și tratamentului instabilității articulare pentru prevenirea degenerării articulare utilizând implanturi de fixare a neoligamentelor/refacerea structurilor de stabilitate.

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;
 - b) ortopedie adulți:
 - b.1) unități sanitare cu secții sau compartimente de profil raportoare/înscrise la RNE, care au îndeplinit criteriile prevăzute în anexa 13 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;
 - 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.

- 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;
- 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.6) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
 - 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.

3. Tratatamentul prin chirurgie spinală:

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

5) Tratatamentul 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.

6) Tratatamentul 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

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

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi tratați pentru stare posttransplant: 3.787;
- b) număr de bolnavi cu transplant hepatic tratați pentru recidiva hepatitei cronice: 357;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant/an: 12.393 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu transplant hepatic tratat pentru recidiva hepatitei cronice: 18.068 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- a) cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului stării posttransplant;

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

Unități care derulează programul:

- 1) Tratamentul în ambulatoriu al stării posttransplant pentru pacienții transplantați:
 - farmacii cu circuit deschis, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
- 2) Tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic:
 - a) Institutul Clinic Fundeni;
 - b) Spitalul Clinic "Sfânta Maria" - București.

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

Criterii de eligibilitate:

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

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

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

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

- a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei peritoneale continue ambulatorii ($Kt/V_{uree} < 1,7$; clearance creatinină $60 \text{ l/săptămână ori ultrafiltrat} < 1.000 \text{ ml/24 ore}$ sau absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;
- b) copiii preșcolari la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;

- c) bolnavi cu hernii sau eventrații abdominale, care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din DPCA;
- d) bolnavi dializați care pot și vor să urmeze studiile școlare și universitare;
- e) bolnavi dializați care pot și vor să presteze activitate profesională;
- f) bolnavi cu dizabilități care nu își pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie și la care familia sau asistența la domiciliu poate efectua conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

Criteria 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: 13.012, din care:

- a) hemodializă convențională: 11.802;
- b) hemodiafiltrare intermitentă on-line: 737 ;
- c) dializă peritoneală continuă: 452;
- d) dializă peritoneală automată: 21;

2) indicatori de eficiență:

- a) tarif/ședință de hemodializă convențională: 496 lei;
- b) tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line: 563 lei;
- c) tarif/bolnav tratat prin dializă peritoneală continuă/lună: 4.445 lei;
- d) tarif/bolnav tratat prin dializă peritoneală automată/lună: 5.556,25 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 pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților.

Unități care derulează programul:

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

PROGRAMUL NAȚIONAL DE TERAPIE INTENSIVĂ A INSUFICIENȚEI HEPATICE

Activități:

- asigurarea în spital a materialelor sanitare specifice epurării extrahepatice.

Criterii de eligibilitate:

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de pacienți tratați prin epurare extrahepatică: 26;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin epurare extrahepatică/an: 24.274,57 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;

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 pacienții 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 cava);
- 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 pacienților cu distonii musculare

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) lipsa indicației operatorii convenționale;
 - e) 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) 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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de pacienți cu afecțiuni cerebrovasculare tratați: 1.173;
- b) număr de tratamente Gamma-Knife: 546;
- c) număr de stimuloare cerebrale implantabile:15;
- d) număr de pompe implantabile: 10;
- e) număr de pacienți cu afecțiuni vasculare periferice tratați: 2.282;
- f) număr de pacienți cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratați: 439;
- g) număr de pacienți cu afecțiuni oncologice tratați: 610;
- h) număr de pacienți cu hemoragii acute sau cronice tratați: 687;
- i) număr de pacienți cu distonii musculare tratați prin stimulare cerebrală profundă:2

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/pacient cu afecțiuni cerebrovasculare tratat: 4.358,30 lei;
- b) cost mediu/tratament Gamma-Knife: 4.750 lei;
- c) cost mediu/stimulator cerebral: 98.966,60lei;
- d) cost mediu/pompă implantabilă: 10.733,64 lei;
- e) cost mediu/pacient cu afecțiuni vasculare periferice tratat: 1.393,35 lei;
- f) cost mediu/pacient cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratat: 2.504,58 lei;
- g) cost mediu/pacient cu afecțiuni oncologice tratat: 2.752,86 lei;
- h) cost mediu/pacient cu hemoragii acute sau cronice tratat: 1.210,93 lei.
- i) cost mediu/pacient cu distonii musculare tratați prin stimulare cerebrală profundă: 176.206,00 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) Clinica de Angiografie și Terapie Endovasculară "Hemodinamic" București [activitățile: a), e), f), g) și h)];
- k) Institutul Regional de Oncologie Iași [activitatea g)];
- l) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava [activitățile a), e), g) și h)];
- m) Spital Clinic de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" [activitățile a), e), f), g) și h)];
- n) Institutul Clinic Fundeni [activitățile e), g) și h)];
- o) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș [activitățile a), e) și g)];
- p) Societate Comercială SANADOR - S.R.L. [activitățile a), g) și h)];
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara [activitățile a), d), e), f) și g)];
- r) Spitalul Județean de Urgență Pitești [activitățile a), e), f) g) și h)];

Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

Obiective:

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

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

- 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).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin proceduri microchirurgicale: 11 ;
- b) număr de pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin implant de stimulator al nervului vag: 99;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin proceduri microchirurgicale: 40.399,94 lei;
- b) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos cu implant de stimulator al nervului vag: 99.951,91 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.
- c) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia"

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: 160;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/copil cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratat: 1.693,84 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale și materiale sanitare specifice.

Unități care derulează subprogramul:

- Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M.S. Curie" București;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca - Secția clinică neurochirurgie;
- Spitalul Clinic de Pediatrie Iași;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara - Secția neurochirurgie;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș - Secția neurochirurgie;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța - Secția neurochirurgie.
- Societatea Comercială SANADOR - S.R.L;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;

Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Activități:

- tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular.

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu sindrom postlaminectomie.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi tratați prin implant neuromodular:8;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin implant neuromodular: 61.158,62 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale și materiale sanitare specifice.

Unități care derulează subprogramul:

- Spitalul Universitar de Urgență București.
- Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea.

CONTRACT
**pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor
naționale de sănătate curative în anii 2017-2018**

I. Părțile contractante

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

și

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

II. Obiectul contractului

ART. 1

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

.....
...

(se specifică fiecare program/subprogram)

pentru asigurarea medicamentelor/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. 155 /2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017

și 2018 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245 /2017, denumite în continuare norme tehnice.

III. Durata contractului

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2018.

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 155 / 2017.

IV. Obligațiile părților

ART. 4

(1) Obligațiile casei de asigurări de sănătate sunt:

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

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

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

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare 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;

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

i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului 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, 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 pacienții 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri,

convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(2) 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, 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:

- a) să furnizeze servicii medicale pacienților asigurații, 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 pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;
- c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice 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 15 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;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative / declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate precum și a serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnatura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. 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;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, 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;

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; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii

medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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 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;

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) 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, serviciilor, după caz. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specific, 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. Serviciile medicale 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 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;

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 alin. (14), 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;

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: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la utilizarea materialelor sanitare specifice și a medicamentelor și cu privire la faptul că numai medicamentele 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 de guvern, se decontează din fond;

s) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

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

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

ț) 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;

u) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru DCI-urile care fac obiectul contractelor cost-volum;

v) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line/copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat

medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;

w) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, și să îl 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 potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată, iar în situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor; 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. În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc 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, 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;

x) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare;

y) 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;

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului de la data implementării acestuia;

aa) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile și documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului;

ab) 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;

ac) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

ad) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului 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, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

ae) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

af) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea asigurate potrivit prevederilor lit. (ad) și (ae) și decontate din bugetul FNUASS;

ag) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile prevăzute la lit. ad) și ae), însoțite de

copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare;

ah) 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;

ai) 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;

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

V. Valoarea contractului

ART. 6

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

2. Pentru anul 2017, valoarea contractului (Se detaliază fiecare program/subprogram.) este:

1. lei;

2. lei;

3. lei.

Suma contractată pe an se defalchează 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 15 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.

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 oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a)-w), y),aa) și ac)-aj) în contractele încheiate 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.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. y) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. y) 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, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/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.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. ab), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 1% din valoarea totală aferentă prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line și a prescripțiilor medicale cu regim special unic pe țară, pentru luna în care s-a produs această situație.

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea totală aferentă prescripțiile

medicale electronice prescrise off-line și a prescripțiilor medicale cu regim special unic pe țară, pentru luna în care s-a produs această situație.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (5) 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.

(7) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (5) 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.

ART. 12

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

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

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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;

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

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

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

ART. 13

(1) Prezentul contract încetează în următoarele situații:

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

a1) la data de 01.01.2018, în situația în care până la 31.12.2017, unitatea sanitară nu a îndeplinit criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare

a2) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a3) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a4) 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.

(2) 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 și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în nici un alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

(4) La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la termen, excluzând forța majoră, Furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condițiile stipulate în prezentul contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condițiile legii.

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 2017.

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

(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

.....

Președinte-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,

.....

CONTRACT

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

I. Părțile contractante:

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

și

Societatea comercială farmaceutică, reprezentată prin

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

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

II. Obiectul contractului

ART. 1

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

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

ART. 2

Furnizarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind sublista C - secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru

aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 155 / 2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, precum și a reglementărilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245 /2017, denumite în continuare norme tehnice.

ART. 3

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

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

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

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

NOTĂ:

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

IV. Durata contractului:

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2018.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 155 /2017.

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, 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 medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum și materialelor sanitare specifice raportate 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 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 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 de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării

controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat pentru pacienții titulari ai cardului 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, 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 pacienții 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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, 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(2) Casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), are obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii medicale pacienților asigurații, 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 pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;

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

d) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, format pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, situația consumului de medicamente corespunzătoare substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura

și documentele justificative se transmit numai în format electronic. 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;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, 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;

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; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

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

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 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 serviciului medical 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) 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 specific. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specific, 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. Serviciile medicale 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 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;

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 alin. (14), 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;

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: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la utilizarea materialelor sanitare specifice și a medicamentelor și cu privire la faptul că numai medicamentele 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 de guvern, se decontează din fond;

s) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

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

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

ț) să verifice prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante 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/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii 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;

u) să respecte modul de eliberare a medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în

unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, și să nu înlocuiască un produs biologic cu biosimilarul, fără recomandarea medicului;

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

w) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative din prescripțiile medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract;

x) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare 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 din farmacie în cadrul sumei respective;

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

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

aa) 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;

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

ac) să elibereze medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, la nivelul prețului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății 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, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asigurați, numai cu acordul și la solicitarea acestora, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției;

ad) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei;

ae) să nu elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative prin farmaciile/oficinele 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, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;

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

ag) să elibereze medicamentele și/sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

a) titularii cardului 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, 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;

b) 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;

c) pacienții 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;

ah) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare 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 pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, și să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțit 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/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

ai) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare 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 pacienții 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 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, 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;

aj) 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;

ak) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit legii.

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, prescripții medicale și prescripții cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestora. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului.

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

(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) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura 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 de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se aplică următoarele măsuri:

(1) 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 de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și în cazul nerespectării obligației de la art.7 lit. aa), se aplică următoarele măsuri:

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 obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. e), g), i)-l), p)-z), ab)-ad), ag)-aj) 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 cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(4) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. aa), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

(5) 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.

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), m), n), și ș) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, diminuarea cu 1% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 3% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 9% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(7) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2), (5) și (6) 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. Reținerea sumelor se aplică la nivel de farmacie.

(8) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2), (5) și (6) 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.

(9) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), (2), (5) și (6) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile art. 10 se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

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 nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către furnizor la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

ART. 12

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

VII. Răspunderea contractuală

ART. 13

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

ART. 14

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

VIII. Clauză specială

ART. 15

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

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

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

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

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 16

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

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

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

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

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

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

f) la prima constatare după aplicarea măsurilor 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 măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societății farmaceutice/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății farmaceutice se aplică măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/oficină 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) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. t) 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;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare specifice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare 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;

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ae) și af).

(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), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. e), i), l), ae) și af) 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 în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe

naționale de sănătate curative încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice încetează în cazul încetării contractului încheiat între aceleași părți în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 18

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

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

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

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

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

ART. 19

(1) 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 comerciale respective pentru toate farmaciile/officinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

ART. 20

(1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. b), c) și alin. (2) lit. b) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) și alin. (2) lit. c) 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 putință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 25

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

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

XIII. Alte clauze

.....
.....

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

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,

.....

Director executiv
Direcția economică,

.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,

.....

Medic-șef,

.....

Vizat juridic, contencios

.....

Furnizor de medicamente și
materiale sanitare
Reprezentant legal

.....

CONTRACT DE FURNIZARE

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

I. Părțile contractante

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

și

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

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

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

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

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

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap.,

județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin

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

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical/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 de e-mail, fax, reprezentat prin

denumit în continuare Furnizor

II. Obiectul contractului

ART. 1

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

.....
(se specifică fiecare program/subprogram)
conform Hotărârii Guvernului nr. 155 / 2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018 aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/ 2017, 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 2017.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 155 / 2017.

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 servicii medicale paraclinice, în condițiile legii, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, 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 web 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 sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa 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 Furnizor sumele reprezentând contravaloarea investigațiilor paraclinice, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către 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 pacienții din statele membre ale Uniunii

Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(2) Casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), are obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale paraclinice are următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii medicale pacienților 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 pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice 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 15 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;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație,; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. 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;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, 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;

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; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii

medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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 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 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;

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) 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. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice, 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. Serviciile medicale 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 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;

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 alin. (14), 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;

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 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 care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la utilizarea materialelor sanitare specifice și a medicamentelor și cu privire la faptul că numai medicamentele 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 de guvern, se decontează din fond;

s) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

ș) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

t) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în prezenta hotărâre și normele tehnice;

ț) să afișeze într-un loc vizibil, 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, serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate, precum și programul de lucru pe care trebuie să-l respecte și să îl comunice casei de asigurări 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;

u) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

v) să efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicii, prevăzuți în normele tehnice, care au eliberat biletele de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

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

x) să efectueze investigația PET-CT numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experți de pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate; valabilitatea deciziei de aprobare este de 45 de zile calendaristice

y) să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

z) 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;

aa) să consemneze rezultatele și să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor PET-CT, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului;

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

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

ad) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat 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;

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

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

ag) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical organizate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;

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

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

aj) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

ak) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice beneficiarilor 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, respectiv pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri,

înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

al) 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, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, respectiv pentru pacienții din alte state 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;

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 hemoglobină glicozilată: 20 lei;

b) Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin 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	Numar 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 60 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 nici o 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 obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a)-l), o), r)-u), w), y)-ac), af) și al) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au 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. v), x) și ak) 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 obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. m), n), ai) și aj) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% 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 3% 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 9% la contravaloarea serviciilor medicale 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. q), contravaloarea serviciilor paraclinice se va diminua după cum urmează:

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) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru Furnizor.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plata directă sau prin executare silită în situația în care Furnizorul care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

ART. 15

(1) Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor 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;

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

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

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

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

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

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. a), c), d), g)-j), l), r), ș)-ț);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ad), pentru Furnizorul cu mai multe laboratoare, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care a încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) 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;

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

k) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 7 lit. p);

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. alin. ae), ag) și ah);

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancțiunilor prevăzute art.14 alin. (1), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art.14 alin. (2); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancțiunilor prevăzute art.14 alin. (1) în cursul unui an; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică în cursul unui an sancțiunile prevăzute art. 14 alin. (1), de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

n) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q);

(2) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu Furnizorul 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 între părți în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 16

(1) Contractul încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) la data de 01.01.2018, în situația în care până la 31.12.2017, unitatea sanitară nu a îndeplinit criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare.

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

c) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a Furnizorului, după caz;

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

(2) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) din motive imputabile Furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

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

ART. 17

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

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

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ah) în condițiile în care Furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a Furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum și a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la Furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

ART. 18

(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 celelalte 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 contractuale 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 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.

XIII. Soluționarea litigiilor

ART. 24

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

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte - director general,

.....

Director executiv
Direcția economică,

.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,

.....

Medic-șef,

.....

Vizat juridic, contencios

.....

Furnizor de servicii medicale
paraclinice

Reprezentant legal,

.....

ANEXĂ
la contract

CONDIȚII obligatorii și suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu

Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. cerere pentru a intra în 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 de evaluare a furnizorului;
6. certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale;
7. dovada contului deschis la Trezoreria Statului;
8. titlu valabil asupra spațiului în care își desfășoară activitatea centrul de dializă, pentru o perioadă cel puțin egală cu durata contractului;
9. acordul scris al pacienților existenți în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, conform modelului:

ADEZIUNEA PACIENTULUI

Subsemnatul(a),, pacient(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 pacientului

Centrul de dializă de la care pleacă pacientul:

Am luat cunoștință

Data Semnătura medicului șef/coordonator

Centrul de dializă la care pacientul 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 7% 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 de bolnavi aprobat pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line, respectiv dializă peritoneală automată.

Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. documente din care să reiasă 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 stagiu 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 pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul pacienților și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul pacienților. 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 pacienților, 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.

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

Părțile contractante:

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

și

Unitatea sanitară, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentată prin, având actul de înființare/organizare nr., Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr., Dovada de evaluare nr., 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.,

având în vedere:

- titlul II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- Hotărârea Guvernului nr. 155 / 2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018;

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245 / 2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare;

- 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;

- Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările ulterioare;

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 256/2013 pentru aprobarea machetelor de raportare fără regim special a indicatorilor specifici

și a Metodologiei transmiterii rapoartelor aferente programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare,

Casa de asigurări de sănătate și Furnizorul au încheiat prezentul contract pentru furnizarea serviciilor în următorii termeni și condiții:

Contractul este format din:

Partea 1 - Volumul estimat de servicii;

Partea a 2-a - Prevederi operaționale;

Anexa - Condiții obligatorii și suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu.

Fiecare parte și anexa la contract sunt parte integrantă a prezentului contract.

PARTEA 1

Volumul estimat de servicii

I. Bolnavi beneficiari ai Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică contractați

Tablelul de mai jos prezintă volumul estimat de servicii corespunzător perioadei contractate (astfel cum este definit în partea a 2-a a prezentului contract).

Serviciul	Volumul contractat estimat	Valoarea contractată estimată - lei -
Nr. bolnavi pentru hemodializă 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 2017 este de lei, calculată la tarifele prevăzute la clauzele 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, respectiv tarifele prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2017, cu modificările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

II. Modificări ale volumului estimat

A. Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

B. Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiția plafonului de plăți, conform clauzei 6.4.

C1. 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.

C2. 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.

Pentru 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, 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.

C3. 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.

C4. 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.

C5. Bolnavii noi care nu au fost incluși în centre pe locuri vacante 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.

D. 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 clauzelor 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 și 6.1.4, pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut în clauza 6.4 partea a 2-a, dar nu își asumă nicio obligație de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat.

PARTEA a 2-a

Prevederi operaționale

1. Definiții

1.1. În scopul interpretării prezentului contract:

Caz de forță majoră înseamnă orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil.

Data intrării în vigoare este data la care prezentul contract intră în vigoare, prevăzută în clauza 3.

Data încetării are înțelesul prevăzut în clauza 2.

Data semnării este data la care prezentul contract este semnat de ambele părți.

Furnizorul înseamnă prestatorul de servicii definit potrivit prezentului contract, respectiv: unități sanitare publice și private.

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.

Materiale înseamnă toate materialele și documentația furnizată de către Furnizor pentru îndeplinirea serviciilor.

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.

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:

a) 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 în anul 2017 a H.G. nr. 161/2016 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, aprobate

prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017;

b) 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.

Tariful contractual înseamnă tariful plătit de către casa de asigurări de sănătate Furnizorului pentru serviciile furnizate, conform clauzei 6.

Volumul estimat înseamnă volumul estimat al serviciilor ce urmează să fie furnizate de către Furnizor în condițiile prezentului contract.

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.

1.2. Titlurile articolelor din prezentul contract au doar scopul de a înlesni citirea și nu vor afecta interpretarea acestuia.

1.3. În cazul unor neconcordanțe în ceea ce privește termenii folosiți în prezentul contract, acestea vor fi soluționate ținându-se cont de următoarea ordine:

- a) prezentele clauze, incluse în această parte a 2-a;
- b) toate celelalte părți, în ordinea numerotării.

2. Durata contractului

2.1. Sub rezerva clauzei 3, obligațiile Furnizorului în baza prezentului contract se vor naște la data intrării în vigoare a acestuia.

2.2. Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 31 decembrie 2018 și poate fi prelungită prin acte adiționale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condițiile respectării dispozițiilor legale în vigoare.

2.3. Pentru anul, sumele vor fi angajate în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat.

3. Condiții suspensive

3.1. 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 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.

3.2. Nedepunerea tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexă, în termenul prevăzut la clauza 3.1, atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

4. Locația serviciilor

4.1. Furnizorului i se solicită să furnizeze servicii în Centrul de dializă, cu sediul în, str. nr., județul

5. Obligațiile părților

5.1. Furnizorul are următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii medicale pacienților 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 pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;

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

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate rapoartări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 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; 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;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative / declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. 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;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale, în cadrul programului, servicii medicale paraclinice, 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; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

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

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 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;

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) 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, serviciilor, după caz. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specific, 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. Serviciile medicale 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 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;

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 alin. (14), 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;

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: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la utilizarea materialelor sanitare specifice și a medicamentelor și cu privire la faptul că numai medicamentele 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 de guvern, se decontează din fond;

s) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ș) să furnizeze serviciile 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 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 pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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 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;

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 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 pentru programul național de sănătate 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 completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

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

ad) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

ae) să facă mentenanță 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 pacientul. Includerea de pacienți 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 ulterioare;

ag) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;

ah) să asigure transportul nemedical al pacienților pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice pentru pacienții 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 pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 pentru pacienții 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;

5.2. Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligația de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

5.3. Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de dializă autorizați și evaluați 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 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 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 furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa 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 Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de dializă în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea;

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 dializă acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

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.

p) să publice pe site-ul propriu lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice .

5.4. Sancțiuni

5.4.1 În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1. lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), y), z), ab), ad) și ah) - aj) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din 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 3% din contravaloarea serviciilor 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 de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.2 Nerespectarea obligației prevăzute pct. 5.1 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 de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.3 Nerespectarea obligației prevăzute pct. 5.1 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la pct. 5.4.2 pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.4 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.

5.4.5 Nerespectarea obligațiilor prevăzute la pct. 5.1 lit. af) și ag) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.6 În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1 lit. i) – l), p), 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 de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.7 În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1 lit. q), contravaloarea serviciilor se va diminua după cum urmează:

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

5.4.8 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 de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.5 Reținerea sumelor potrivit prevederilor pct. 5.4.1 - 5.4.7 se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru Furnizor care este în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

5.6 Recuperarea sumelor potrivit prevederilor pct. 5.4.1 - 5.4.7 se face prin plata directă sau prin executare silită în situația furnizorului care nu mai este în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

5.7 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 clauzele 5.4.1 - 5.4.7 în cazul unităților sanitare cu paturi.

6. Plata

6.1. Plata serviciilor

6.1.1. Pentru bolnavii constanți 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.

6.1.2. Pentru bolnavii constanți 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 7% din totalul bolnavilor hemodializați și cu încadrarea în numărul de bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line 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.

6.1.3. Pentru bolnavii constanți 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.

6.1.4. Pentru bolnavii constanți 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 7% din totalul bolnavilor dializați peritoneal și cu încadrarea în numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată 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 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.

6.1.5. 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/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.

6.1.6. Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor constanți, 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 eritropoezei (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 preluat 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 în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 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 pentru anii 2016-2017; aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017, cu modificările și completările ulterioare. Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoezei (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.

6.1.7. 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).

6.1.7.1. La regularizarea anuală, în condițiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, pentru bolnavii constanți ai centrului, cu încadrarea în valoarea totală de contract.

6.1.8. In cazul în care, pe timpul derulării contractului și nu numai, furnizorul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute la pct. 6.1.2 și 6.1.4, de a trata maximum 7% 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 nici un bolnav pe locul acestora, respectând limita de 7% calculată conform pct. 6.1.2 și 6.1.4 .

6.2. Modalitățile de plată

6.2.1. 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:

6.2.1.1. 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);

6.2.1.2. bolnavul care începe tratamentul de dializă peritoneală în altă zi decât data de întâi a lunii, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif pe bolnav pe zi 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);

6.2.1.3. bolnavul cu dializă peritoneală continuă sau automată care decedează în decursul lunii de tratament, pentru care calculul se face pentru numărul de zile în care a efectuat dializă peritoneală;

6.2.1.4. bolnavul cu hemodializă care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/ședință aferent tipului de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul lunar de ședințe de hemodializă;

6.2.1.5. bolnavul cu dializă peritoneală care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/bolnav/zi aferent tipului de dializă peritoneală efectuat, cu încadrarea în valoarea de contract pe tipul de terapie.

6.2.2. Furnizorul are 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.

6.2.2.1. Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la clauza 6.2.2 exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

6.2.2.2. Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la clauza 6.2.2, 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.

6.3. Finanțare

6.3.1. 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.

6.3.2. Sumele se angajează anual, în limita sumelor aprobate prin legea bugetului de stat.

6.3.3. În cazul în care: a) bugetul anual al 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; sau 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 clauza 7.2 lit. c) sau părțile pot conveni un volum mai mic de servicii.

6.4. Plafonul aplicabil plăților făcute de către casa de asigurări de sănătate

6.4.1. Plata totală ce poate fi făcută de către casa de asigurări de sănătate este de lei, calculată ca suma dintre volumul estimat total al 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.

6.4.2. 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 în partea 1.

6.4.3. 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.

7. Încetarea contractului

7.1. Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) la data de 01.01.2018, în situația în care până la 31.12.2017, furnizorul nu a îndeplinit criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare.

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

c) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a Furnizorului, după caz;

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

7.2. Contractul de furnizare de servicii 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.

7.3. Continuitatea serviciilor

La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la termen, excluzând forța majoră, Furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condițiile stipulate în prezentul contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condițiile legii.

8. Suspendarea și rezilierea

8.1. Contractul de furnizare de servicii de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) Furnizorul sau, după caz, una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul 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 sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

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

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

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

f) nerespectarea obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ac), în condițiile în care furnizorul de servicii de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare.

8.2. În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea ei și înființarea concomitentă a unei noi unități sanitare cu paturi distinctă, cu personalitate juridică, contractul pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare, se preia de drept noua unitate sanitară înființată, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noii structuri.

8.3. Contractul de furnizare de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către 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 dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

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

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

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la clauza 5.1 lit. x);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. a), ș) și ac);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la clauza 5.1 lit. ac) după expirarea termenului prevăzut la clauza 8.1 lit. f);

i) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la clauza 5.4.1;

j) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1 lit. q).

9. Cesiunea sau subcontractarea

9.1. 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 anexă.

9.2. Sub rezerva acordului scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condițiile asumate de către Furnizor.

9.3. 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.

10. Modificarea contractului

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

10.2. 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.

10.3. 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.

11. Legea aplicabilă

11.1. Prezentul contract este guvernat și va fi interpretat în conformitate cu legile și reglementările din România.

12. Răspunderea contractuală

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

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.

13. Soluționarea litigiilor

13.1. Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

13.2. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform clauzei 12.1 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.

14. Dispoziții finale

14.1. 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.

14.2. 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 dializa 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, 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.

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/bolnav/an.

15. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract a fost încheiat astăzi,, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Casa de Asigurări de Sănătate
Președinte-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

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 de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- 8) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, după caz;
- 9) contului deschis la Trezoreria Statului;
- 10) dovada 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, Moaşelor 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 pacienților, 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				
cobaltoterapie				
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 cobaltoterapie

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de cobalto-terapie	Diagnostic	Cod boală	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi/nr. foaie de internare	Nr. ședințe de cobalto-terapie realizate	Tarif/ de serviciu de cobalto-terapie (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 ședințe 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/ de 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	

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor
cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi

I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentată prin, având actul de înființare/organizare nr., Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr., Dovada de evaluare nr., 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 de evaluare 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. 155 /2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017-2018 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017-2018, aprobate prin Ordinul

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245 / 2017, 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	
Cobaltoterapie - radioterapie 2D	
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 2018.

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. 155 / 2017

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, 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 intenție de schimbare în modul de derulare a acestuia, prin intermediul paginii web 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 Furnizorului, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la Furnizor sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de radioterapie, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către 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 pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația

Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului 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, 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(2) 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 unitatilor sanitare care au indeplinit 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 medicale pacienților 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 pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;

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

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, unitățile sanitare cu paturi 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 lunar 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, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă 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 serviciile efectuate, potrivit schemei terapeutice prescrise;

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; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

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

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 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 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 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) 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, serviciilor, după caz. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specific, 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. 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 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;

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 alin. (14), 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;

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: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la utilizarea materialelor sanitare specifice și a medicamentelor și cu privire la faptul că numai medicamentele 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 de guvern, se decontează din fond;

s) să verifice calitatea de asigurat, 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 pacienților titulari ai cardului 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 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 pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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 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, 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;

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;

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 pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

aa) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

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

ac) 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;

ad) să facă mentenanță 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;

ae) 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;

af) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

ag) 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 alin (20) 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 cobaltoterapie: 144 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 lei
- tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 lei
- tarif/serviciu de radioterapie IMRT: 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				
6				
Total	X	X	X	

Suma anuală contractată este lei,
din care:

- Trimestrul I lei,
- Trimestrul II lei,
- Trimestrul III lei,
- Trimestrul IV lei,

ART. 9

(1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate 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 asigurător autorizat de Comisia de

Supraveghere a Asigurărilor. 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

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. b)-h), m)-o), t)-u), w), z)-aa), ac) și ae)-ag) 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. 7 lit. i)-l), p), r), s), u) și ad), 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), contravaloarea serviciilor 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.

(5) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru Furnizor care este în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plata directă sau prin executare silită în situația în care furnizorul nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(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 unitățile sanitare cu paturi.

ART. 15

(1) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu Furnizorul în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi 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 documentului similar, expirarea deciziei de evaluare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizației de utilizare eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, conform Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea autorizarea și controlul activităților nucleare, 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) în cazul în care se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

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

f) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 7 lit.x);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit.-a), ș) și ab);

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

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

a) la data de 01.01.2018, în situația în care până la 31.12.2017, furnizorul nu a îndeplinit criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare.

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

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

d) 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.

ART. 17

(1) Contractul se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea serviciilor de radioterapie, suspendarea contractului pentru finanțarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni

oncologice realizate în regim de spitalizare de zi operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești;

(2) În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea ei și înființarea concomitentă a unei noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare, se preiau de drept de către noua unitate sanitare înființată, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noii structuri.

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.

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 celelalte 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 prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

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
Președinte-director general,

.....

Director executiv
Direcția economic,

.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,

.....

Medic-șef,

.....

Vizat juridic, contencios

.....

Furnizor de servicii de radioterapie
realizate în regim de spitalizare de zi
Reprezentant legal,

.....

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	*) Nr. pașaport	Tip formular/document 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	x		

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții 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	*) Nr. pașaport	Tip formular/document 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	x		

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții 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 + ADO, respectiv pentru ADO, 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						
	2.1	2.2						
1	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 pacienții 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 pacienții 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 pacienții 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	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, 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 pacienții 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, 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	*) Nr. pașaport	C	D	***) Țara	Nr. teste	Nr. luni	E	F	G
	Nr.	Data													
	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 pacienții 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	Nr. pașaport	A **) Tip document	***) Țara	B	C	
	Nr. 2.1	Data 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		

*) Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții 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						
	2.1	2.2						
1	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 pacienții 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. 2.1	Data 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 pacienții 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 pacienților 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	Total
	Nr.	Data						valoare prescripție	valoare la preț de decontare
	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 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											
Subtotal 4 - medicamente eliberate corespunzătoare DCI-uri, notate cu (**)*1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, 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 pacienții 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, 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 8
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 pacienții 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 8.1
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 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 document	**) Tip document	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 pacienții 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 8.2
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

-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	**) Tip document	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 pacienții 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 pacientului, 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 MALIGNNE (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

ANEXA 12
la Normele tehnice

Centrul metodologic regional
Către Spitalul

DECIZIA Nr.

- a) Numele și prenumele pacientului
- b) CNP
- c) Domiciliul
- d) Tel.
- e) Diagnostic
- f) Numele și prenumele medicului curant:

Coordonatorul regional aprobă eliberarea unei pompe de insulină pentru acest pacient.

Coordonator regional,
.....
(semnătura și parafa)

Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative

ANEXA 13 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 13 A.2	Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie
ANEXA 13 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 13 A.4	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne
ANEXA 13 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 13 A.6	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii complexe prin proceduri de ablație
ANEXA 13 A.7	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adultși și copii)
ANEXA 13 A.8	Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară
ANEXA 13 A.9	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung
ANEXA 13 A.10	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu malformațiilor cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională
ANEXA 13 A.11	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu anevrisme aortice prin tehnici hibride
ANEXA 13 A.12	Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcater
ANEXA 13 B.1	Programul național oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice
ANEXA 13 B.2	Programul național de oncologie- Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT
ANEXA 13 B.3	Programul național oncologie - Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare
ANEXA 13 B.4	Programul național oncologie - Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute
ANEXA 13 B.5	Programul național de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice
ANEXA 13 B.6	Programul național de oncologie – Subprogramulde diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți
ANEXA 13 C	Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)
ANEXA 13 D	Programul național de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate
ANEXA 13 E	Programul național de tratament al bolilor neurologice
ANEXA 13 F.1	Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei –tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale
ANEXA 13 F.2	Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei –tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenții chirurgicale
ANEXA 13 G.1	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
ANEXA 13 G.2	Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcerele digitale evolutive, purpura trombocitopenică imună cronică la adulții splenectomizați și nesplenectomizați, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă
ANEXA 13 G.3	Programul național de tratament pentru boli rare tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă
ANEXA 13 G.4	Programul național de tratament pentru boli rare - pentru tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă
ANEXA 13 H	Programul național de sănătate mintală
ANEXA 13 I	Programul național de boli endocrine
ANEXA 13 J.1	Programul național de ortopedie - tratamentul prin endoprotezare
ANEXA 13 J.2	Programul național de ortopedie - tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală
ANEXA 13 J.3	Programul național de ortopedie - Tratamentul prin instrumentație segmentară de coloană
ANEXA 13 J.4	Programul național de ortopedie - Tratamentul prin chirurgie spinală
ANEXA 13 J.5	Programul național de ortopedie - Tratamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică
ANEXA 13 J.6	Programul național de ortopedie - Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare
ANEXA 13 K	Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică
ANEXA 13 L	Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice
ANEXA 13 M.1	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță - Subprogramul de radiologie intervențională
ANEXA 13 M.2	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță - Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
ANEXA 13 M.3	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță - Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil
ANEXA 13 M.4	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță - Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR

GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare.		

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.	Echipment 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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu bradiaritmii severe prin implantare de stimulatori cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a pacientului

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeție < 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.	Echipment 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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților 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		
7.	- unitate de transfuzie sanguină		
8.	- laborator de analize medicale		
9.	- structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 ...)		
5.	Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiane		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotare minimă 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.

Semnatura
MANAGER

Semnatura
MEDIC COORDONATOR

Semnatura
DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura
PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

Semnatura
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

Semnatura
MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- chirurgie vasculară sau chirurgie cardiovasculară		
3.	- ATI		
III	Asigurarea accesului la o 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 ordinului 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 ordinului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare.		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților 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		
10.	- structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare.		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	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		
10.	- 6 infuzomate		
11.	- 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.

Semnatura
MANAGER

Semnatura
MEDIC COORDONATOR

Semnatura
DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura
PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

Semnatura
DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

Semnatura
MEDIC ȘEF

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului		

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 pediatrie 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

Semnatura
MANAGER

Semnatura
MEDIC COORDONATOR

Semnatura
DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aneurisme 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 chirurgie 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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		

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

Semnatura
MANAGER

Semnatura
MEDIC COORDONATOR

Semnatura
DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 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. Criterii 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 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. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I	Dotari minime în farmacie, altele decât cele prevăzute în Normele privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 962/2009, cu modificările și completările 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. Criterii privind organizarea evidenței primare și modalități de raportare

		DA	NU
1.	Unitate sanitară raportează tumorile primare nou diagnosticate, conform prevederilor legale în vigoare		

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 6.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de oncologie- Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin 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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 4.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE**Pentru includerea în Programul național oncologic - 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		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:	DA	NU
1.	- secție de chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzii sanguină		
4.	- secție / compartiment de recuperare, medicină fizică și balneologie		
5.	- structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în		

	vigoare		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- 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 de chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă 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 ...)		
	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției / compartimentului de recuperare, medicină fizică și balneologie 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 chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă cu experiență în chirurgia sânelui		
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 medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Trusă pentru reconstrucție mamară		
2.	Lupe		
3.	Microscop operator		
4.	Depărtător cu cablu optic		

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național oncologie - 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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

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

	Instalații de radioterapie autorizate CNCAN pentru efectuarea cel puțin a uneia dintre următoarele tipuri de radioterapie:	DA	NU
1.	Radioterapie cu ortovoltaj:		
	- aparat de ortovoltaj cu aplicatori și filtre în funcție de tumoră		

2.	Cobaltoterapia:		
	- simulator 2D convențional		
	- aparat de tratament cu sursă de ^{60}Co , cu blocuri de plumb pentru protecție		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
3.	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		
4.	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		
5.	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		
6.	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		
7.	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		

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 4.

CAS..... •

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
..... •		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

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. 196/139/2017 aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 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 (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.

Semnatura	Semnatura	Semnatura
REPREZENTANT LEGAL	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului / reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura	Semnatura	Semnatura
PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE	MEDIC ȘEF

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacienții 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Echipe medicale specifice chirurgiei otologice;		
2.	Echipe medicale pentru diagnostic audiologic - sistem complet pentru diagnosticul surdității la orice vârstă: - impedancemetric; - aparat de otoemisie acustice;		

	- aparat de potențiale auditive de diagnostic (BERA și ASSR); - audiometru pentru audiograma tonală, vocală și în câmp liber.		
3.	Monitor de nerv facial		

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

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 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. 196/139/2017 aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 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 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. 196/139/2017 (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.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de tratament al bolilor neurologice

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 neurologie		
2.	- secție de cardiologie		
3.	- secție / compartiment de ATI sau USTACC sau compartiment terapie intensivă coronarieni		
4.	- structură de explorări funcționale - explorări ale sistemului nervos		
5.	- farmacie cu circuit închis		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- neurologie		

2.	- cardiologie		
3.	- ATI / USTACC / terapie intensivă coronarieni		
III	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 minim 12 ore/zi		
2.	- structură proprie de radiologie și imagistică medicală - RMN sau - contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minim 12 ore/zi		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	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. 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/compartimentului de ATI / USTACC / compartimentului de terapie intensivă coronarieni 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 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 ...)		
5.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de explorări funcționale - explorări ale sistemului nervos 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.	2 asistenți medicali care au urmat cursuri de administrare a medicației imunomodulatoare și a imunoglobulinelor		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Electroencefalograf computerizat		
2.	Electromiograf		
3.	Aparat de potențiale evocate		

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

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 căreia se poate efectua investigații paraclinice pentru monitorizarea pacientului hemofilic pre-, intra- și postoperator		
5.	- unitate de transfuzie sanguină		
6.	- farmacie cu circuit închis		

7.	- structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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 4.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

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 paturicare are în structura organizatorică aprobată:		
1.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 hemofilie 		
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.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 4.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

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

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. 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 pentru 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	Boala Fabry	Medicina internă Pediatrie Cardiologie Genetică Medicală Neurologie Nefrologie	Medicină internă Pediatrie Cardiologie Genetică Medicală Neurologie Nefrologie
	Boala Pompe	Pediatrie Genetică medicală Medicină internă	Pediatrie Genetică medicală Medicină internă
	Tirozinemie	Pediatrie Medicină internă	Pediatrie Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip II	Pediatrie Medicină internă	Pediatrie Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip I	Pediatrie Medicină internă	Pediatrie Medicină internă
	Afibrinogenemie congenitală	Pediatrie Medicină internă	Pediatrie Medicină internă
	Sindrom de imunodeficiență primară	Imunologie clinica si alergologie Imunologie clinica si alergologie copii Pediatrie Medicină internă	Alergologie și imunologie clinică Pediatrie Medicină internă

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcerele digitale evolutive, purpura trombocitopenică imună cronică la adulții splenectomiți și nesplenectomiți, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă

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
	Purpura trombocitopenică imună cronică la adulții (ne) splenectomizați	Hematologie	Hematologie
	Polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină	Neurologie Hematologie	Neurologie Hematologie
	Fenilcetonurie Deficit de tetrahidrobiopterină	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 Urologie	Neurologie Neurologie pediatrică Nefrologie Urologie
	HTAP	Cardiologie Cardiologie copii Pneumologie	Cardiologie Pneumologie

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 pacient		

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

I.		DA	NU
1.	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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

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 pacienților 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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

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 in 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 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 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.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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 sanitara 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 lunara. (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.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

MANAGER

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 6.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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.	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)</p>		
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.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 înstructură 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului pentru mobilizare rapida		
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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 înstructura 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-sacrata 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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-sacrata 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 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.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform		

	prevederilor legale în vigoare		
--	--------------------------------	--	--

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE**Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare**

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 septic)		
8.	- secție / compartiment / cabinet medical de recuperare, medicină fizică și balneologie		
9.	- structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 pacientului 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 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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

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.

Semnatura

REPREZENTANT LEGAL

Semnatura

MEDIC ȘEF

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 1.**CAS.....**

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

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 Ordinul 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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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

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 legale în vigoare		

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. 1224/2010 (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. 1224/2010 (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. 1224/2010 (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, 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 ...)		
7.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură complexă de stereotaxie (sistem complet Leksell ce include cadru stereotactic, arc stereotactic, unitatea de calcul și softul necesar planificării intervențiilor stereotactice)		
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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		
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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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.

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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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 prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare		

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 4.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF