

ORDIN

Nr.

pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016

Văzând Referatul de aprobare nr. al Directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 48 alin. (1) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014,

în temeiul 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 2015 și 2016, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Prezentul ordin intră în vigoare începând cu 1 aprilie 2015.

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.

Președinte

Vasile Ciurchea

ANEXA

NORMELE TEHNICE DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE PENTRU ANII 2015 ȘI 2016

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 2015 și 2016 este prevăzut la capitolul VII 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 coordonatorii naționali aprobați prin ordin al președintelui CNAS, indicatorii specifici, natura cheltuielilor, precum și unitățile sanitare prin care se derulează programele naționale de sănătate curative sunt prevăzute la capitolul VIII 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) 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, pentru care se solicită avizul Ministerului Sănătății, având în vedere rolul acestuia de autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică și atributul de aprobare a strategiei programelor naționale de sănătate, parte integrantă a strategiei naționale de sănătate;

d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

(4) Coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative se asigură de către experți desemnați ca și coordonatorii naționali prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(5) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate sunt rapoarturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2016.

(6) 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.

(7) 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.

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

(9) 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. Pentru furnizorii publici de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, contractarea se realizează pe baza modelului de contract încheiat cu furnizorii privați de servicii de dializă, adaptat unităților sanitare publice.

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, dispozitive medicale și altele asemenea specifice unor boli cronice cu impact major asupra sănătății publice acordate bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate curative;

b) asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al 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, și serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, precum și a serviciilor de radioterapie;

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

ART. 5

Medicamentele, materialele sanitare, 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;

ART. 6

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

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate, fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative prevăzute la cap. VII, 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 naționale de sănătate curative derulate.

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

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 a leucemiilor acute, investigațiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, precum și a serviciilor de radioterapie pentru unitățile de specialitate aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate se realizează lunar, din fondurile aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea serviciilor de supleere 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, cu condiția raportării datelor de către furnizori la Registrul renal român.

ART. 8

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea se asigură, în condițiile legii, prin farmaciile unităților sanitare nominalizate să deruleze programele naționale de sănătate curative respective și/sau prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, după caz.

(2) Unitățile sanitare publice care derulează programele naționale de sănătate curative sunt nominalizate de coordonatorii naționali prevăzuți la alin. (4) al art. 3 din prezentele norme.

ART. 9

Unitățile sanitare care derulează programe, 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 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

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

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 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 prin care se derulează Programul național de oncologie, respectiv Subprogramul de radioterapie se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 5.

ART. 16

Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare 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 2015 și 2016 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 materialelor sanitare de care beneficiază asigurații incluși în programele naționale de sănătate curative este aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 22

Pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative achiziția medicamentelor, materialelor sanitare, 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 PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 24

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

(2) Decontarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, serviciilor medicale, 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, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) În vederea decontării contravalorii medicamentelor/materialelor sanitare specifice acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis, unitățile de specialitate depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturile și borderouri centralizatoare distincte pe fiecare program național de sănătate curativ, respectiv pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile aprobate de către comisiile de experți ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost – volum rezultat și păstrează în evidența proprie prescripțiile medicale (componenta

prescriere/filelele de condică) urmând a fii prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(5) În vederea decontării contravalorii testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratați eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate borderouri centralizatoare și facturi distincte: pentru medicamente specifice (insulină, insulină și ADO, după caz) și pentru teste de automonitorizare.și păstrează în evidența proprie prescripțiile medicale (componenta prescriere) urmând a fii prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(6) În vederea decontării contravalorii medicamentelor acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate borderourile centralizatoare distincte pe fiecare program național de sănătate curativ, respectiv pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile aprobate de către comisiile de experți ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost – volum rezultat și păstrează în evidența proprie prescripțiile medicale (componenta prescriere) urmând a fii prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(7) Modelele de borderouri centralizatoare sunt prevăzute în anexa nr.....

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. 698/2010 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, cu modificările și completările ulterioare, 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) La regularizarea trimestrială tariful pentru bolnavul cu dializă peritoneală continuă se poate modifica, în funcție de ponderea relativă a acestei metode de tratament, în limita bugetului aprobat, după cum urmează:

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

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă

convențională) este 20% - 24,9%, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 56.700 lei;

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $\geq 25\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 59.220 lei.

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

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

ART. 26

(1) Unitățile sanitare prin care se derulează programe în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate prezintă acestora, în primele 15 zile ale lunii următoare, indicatorii specifici programelor 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 prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, dozarea hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, serviciile de dializă, respectiv serviciile de radioterapie, unitățile de specialitate depun la casele de asigurări de sănătate factura/facturile, indicatorii specifici realizați în luna anterioară, documentele justificative cu privire la serviciile efectuate, care cuprind datele de identificare și diagnosticul bolnavului, biletul de trimitere/decizia de aprobare, referatul de solicitare a serviciilor de diagnostic al leucemiilor acute, declarația de servicii lunare (centralizator și desfășurător), după caz.

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

ART. 27

(1) Casele de asigurări de sănătate vor analiza și 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, contravaloarea facturilor prezentate în copie de unitatea

sanitară pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, dozarea hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, casele de asigurări de sănătate vor analiza și valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situațiile prezentate de unitățile ~~sanitare~~ 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.

(3) Pentru serviciile de dializă și serviciile de radioterapie casele de asigurări de sănătate vor analiza și valida, în termen de **5 zile lucrătoare** de la primire, situațiile prezentate de unitățile de specialitate, după caz 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.

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, 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 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.

CAPITOLUL IV

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

ART. 30

(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 materialele sanitare specifice care se acordă în tratamentul ambulatoriu 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) 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 are contract/convenție pentru prescriere de medicamente/materiale sanitare specifice în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

(3) Casele de asigurări de sănătate organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line pe fiecare program/subprogram, respectiv pe fiecare medic prescriptor.

(4) 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.

(5) 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, care se depune la casa de asigurări de sănătate împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), factura și borderoul centralizator în vederea decontării. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul national de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției, eliberarea se face utilizând cardul national de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national de asigurări sociale de sănătate duplicat/ documentelor prevăzute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0-18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În cazul eliberării medicamentelor prescrise de mai multe farmacii, atât în ceea ce privește numărul medicamentelor, cât și cantitatea din fiecare medicament care poate fi fracționată lunar, prescripția medicală (componenta prescriere) se depune la casa de asigurări de sănătate numai de prima farmacie care a eliberat medicamente.

(6) 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, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) o atașează la factura și borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia își poate păstra o copie după prescripția medicală electronică (componenta prescriere).

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat ~~inclusiv~~ de către asigurat ~~dacă acesta nu deține card~~/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul national de asigurări sociale de

sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de 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 adevărîței 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 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0-18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale 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. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat ~~inclusiv~~ de către asigurat ~~dacă acesta nu deține card/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, 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 adevărîței 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 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0-18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

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

(9) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe 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 pentru DCI - Combinații. Prescrierea medicamentelor cu aprobarea comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se realizează în baza deciziilor de aprobare.

(10) 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.

(11) 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.

(12) 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), cu DCI-urile/medicamentele eliberate, care va fi înmânat asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie.

(13) 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.

(15) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, unele boli rare, boli endocrine cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum, precum 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/condică medicală, după caz.

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

(17) 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.

(18) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice incluși în Programul național de oncologie ~~se prescriu~~, și 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-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum și Fulvestrantum și medicamentele de tip imunomodulator, care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A și Interferonum alfa 2B, Bortezomibum, Trastuzumabum, Rituximabum;

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.

(19) 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.

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

ART. 31

Prescrierea și eliberarea medicamentelor antidiabetice, medicamentelor oncologice specifice și a medicamentelor specifice necesare tratamentului stării posttransplant în ambulatoriu, nominalizate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea prețului de decontare, 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) Tiazolidindionele și combinațiile acestora, eliberate la preț de decontare, se aprobă de către comisia de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, la propunerea medicului diabetolog sau a medicului cu competență/atestat în diabet, conform protocoalelor terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății. Inițierea tratamentului cu tiazolidindione și combinațiile acestora pentru pacienții care îndeplinesc criteriile de eligibilitate se face numai cu încadrarea în sumele alocate în acest sens.

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. 5. Dosarul este transmis 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. Lunar, medicul coordonator al centrului metodologic regional transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate lista bolnavilor care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulină. Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu coordonatorul național al Programului național de diabet zaharat analizează numărul bolnavilor cuprinși în listele transmise de medicii coordonatori ai centrelor metodologice regionale, în vederea încadrării în bugetul aprobat cu această destinație și transmite coordonatorilor centrelor metodologice regionale listele avizate. Medicul coordonator al centrului metodologic regional, în funcție de bugetul alocat, aprobă referatul întocmit de medicul curant și emite decizia în baza căreia se realizează eliberarea pompei de insulină, prevăzută în anexa nr. Eliberarea dispozitivelor de administrare a insulinei (seringi, penuri și ace), precum și instruirea pacientului care își administrează insulina privind tehnica de administrare a insulinei și modalitatea de utilizare a seringii sau penului (unghiul sub care se introduce acul, rotația locurilor de injectare, adâncimea 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. Recuperarea dispozitivelor de administrare a insulinei se face prin cabinetele prin care acestea s-au distribuit și care vor respecta regulile de colectare și distrugere a deșeurilor de această natură.

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 de prezentare și perioada de valabilitate a prescrierii medicale. 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 DCI-urile Voriconazolum și Valganciclovirum, prescrierea și eliberarea medicamentelor se fac numai cu aprobarea Agenției Naționale de Transplant. Referatul de aprobare se completează de către medicul specialist din centrele acreditate, care îl transmite spre aprobare șefului centrului și, după caz, Agenției Naționale de Transplant. Pe baza referatului aprobat de Agenția Națională de Transplant și a scrisorii medicale, medicul prescriptor va întocmi prescripția medicală, cu obligativitatea menționării perioadei pentru care a făcut prescrierea, perioadă care poate fi de până la maximum 90/91/92 de zile, după caz, și o înmânează asiguratului. Acesta prezintă farmaciei prescripția medicală însoțită de o copie a referatului, în vederea eliberării medicamentelor.

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) în cadrul Programului național de oncologie, Programului național de tratament al hemofiliei și talasemie, Programului național de tratament al bolilor neurologice și Programului național de tratament pentru boli rare, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu „***”, respectiv „****” în Secțiunea C2 a 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, inițierea și continuarea, tratamentului, după caz, se fac numai cu aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz, în baza documentelor și referatului de justificare transmis către acestea de către medicul prescriptor.

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

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

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

k) 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/Farmaciiile 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. 32

Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (3), care sunt în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizarea de medicamente respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz.

ART. 33

(1) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice 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. (3) lit. b) și c) care se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești,
- b) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (3) 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 nr.

ART. 34

Unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative au obligațiile, sancțiunile și condițiile de reziliere, suspendare și încetare a contractului prevăzute în Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 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. 35

(1) Casele de asigurări de sănătate, prin direcțiile și structurile implicate în derularea programelor naționale de sănătate, au următoarele responsabilități:

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 prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la 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 specialitate 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 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 baza 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 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 baza 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) 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.

(3) 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.

(4) 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, la termenul prevăzut în normele tehnice, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

(5) Reținerea sumelor conform alin. (1) - (4) 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.

(6) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) - (4) 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. 36

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;

b) realizează monitorizarea derulării 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) raportează Ministerului Sănătății modul de utilizare a sumelor transferate din bugetul acestuia în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

e) 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;

f) colaborează cu comisiile de experți de la nivel național, precum și cu coordonatorii naționali desemnați prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative;

CAPITOLUL VI **CONTROLUL DERULĂRII PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE**

ART. 37

(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 indicatorilor din programele 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. 38

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. 39

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

CAPITOLUL VII

Creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pentru anul 2015

.....

CAPITOLUL VIII

Structura programelor naționale de sănătate curative aprobate pentru anul 2014, finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

Programul național de boli cardiovasculare

Obiective:

- tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

- a) proceduri de cardiologie intervențională;
- b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- c) proceduri de chirurgie vasculară.

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 ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne;

e) 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;

f) tratamentul pacienților cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulți și copii);

g) tratamentul pacienților cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară.

h) tratamentul copiilor cu malformații cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională

Criterii 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 stimulatoare cardiace: pacienți cu bradiaritmii severe, cu indicații de implantare de stimulatoare cardiace;
- d) pentru implantare de defibrilatoare interne: pacienți cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratament convențional; pacienți cu risc crescut de moarte subită;
- e) pentru implantare de dispozitive de resincronizare cardiacă: pacienți cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeție < 35%;
- f) pentru proceduri de chirurgie cardiovasculară: pacienți cu boli cardiovasculare cu indicație chirurgicală fără contraindicații majore;
- g) pentru proceduri de chirurgie vasculară: pacienți cu afecțiuni vasculare cu indicație chirurgicală fără contraindicații majore.
- h) pentru proceduri de cardiologie intervențională în tratamentul copiilor cu malformații cardiace congenitale: copii cu canal arterial permeabil, defect septal interatrial, defect septal interventricular, stenoze valvulare pulmonare, stenoze valvulare aortice, coarctare aortică, transpoziția marilor vase

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici:
 - a) numărul de bolnavi tratați prin proceduri de dilatare percutană/an: 7.500;
 - b) numărul de bolnavi tratați prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 1.000;
 - c) numărul de bolnavi tratați prin implantare de stimulatoare cardiace/an: 3.500;
 - d) numărul de bolnavi tratați prin implantare de defibrilatoare interne/an: 350;
 - e) numărul de bolnavi tratați prin implantare de stimulatoare de resincronizare cardiacă/an: 250;
 - f) numărul de bolnavi (adulți) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 5.500;
 - g) numărul de bolnavi (copii) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 300;
 - h) numărul de bolnavi tratați prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 4.500;
 - i) număr de copii cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de cardiologie intervențională/an:
- 2) indicatori de eficiență:
 - a) cost mediu/bolnav tratat prin dilatare percutană/an: 3.151,47 lei;
 - b) cost mediu/bolnav tratat prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 5.500 lei;
 - c) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator cardiac/an: 3.500 lei;

- d) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de defibrilator intern/an: 25.000 lei;
- e) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator de resincronizare cardiacă/an: 12.500 lei;
- f) cost mediu/bolnav (adult) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 7.000 lei;
- g) cost mediu/bolnav (copil) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 7.000 lei;
- h) cost mediu/bolnav tratat prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 2.000 lei.
- i) cost mediu/ copil cu malformații cardiace congenitale tratați prin intervenții de cardiologie intervențională/an: lei

Natura cheltuielilor subprogramului:

- 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) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - e) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București;
 - f) Spitalul Clinic de Urgență "Elias";
 - g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - h) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
 - i) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - j) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iași;
 - k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
 - l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
 - m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
 - n) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
 - o) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
 - p) clinicile ICCO Brașov;
 - q) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
 - r) Spitalul Județean de Urgență Ploiești;
 - s) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
 - ș) Societatea Comercială Clinica Poliano Sibiu;
 - t) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;
- 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) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;

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;

3) implantare de stimulatoare cardiace:

a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București;

b) Spitalul Universitar de Urgență București;

c) Spitalul Clinic de Urgență București;

d) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;

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;

4) 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) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - 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;
- 5) 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) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - 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;
- 6) 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) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;

- h) Spitalul Universitar de Urgență București;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- j) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- 7) 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";
- 8) proceduri de chirurgie vasculară:
 - a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu" București;
 - b) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - 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.
- 9) proceduri de cardiologie intervențională în tratamentul copiilor cu malformații cardiace congenitale:
 - Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie"

Programul național de oncologie

Obiective:

- a) tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- b) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice;
- c) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;

d) diagnosticul leucemiilor acute.

e) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Structură:

1. Subprogramul de tratament 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 imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute.
5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice

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: 108.000;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat/an: 11.337,10 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

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

- pentru pacienți adulți:

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

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

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

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

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

6. cancerul bronhopulmonar

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

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

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

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

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

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

11. neoplasm mamar: evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă locală sau la distanță, în cazul investigațiilor imagistice standard neconcludente, precum și evaluarea cazurilor cu leziuni metastatice considerate operabile pe baza testelor standard imagistice;

12. sarcoame osoase sau de părți moi: evaluarea cazurilor cu indicație chirurgicală cu intenție de radicalitate, atunci când testele standard imagistice sunt neconcludente;

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

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

- pentru pacienți copii:

1. limfoame:

- limfom Hodgkin:

- stadializare;

- evaluarea răspunsului terapeutic;

- limfoame non-Hodgkin T și B:

- stadializare;

- evaluarea răspunsului terapeutic;

2. sarcoame de părți moi și sarcoame osoase:

- stadializare;

- evaluarea răspunsului terapeutic;

3. neuroblastom:

- stadializare;

- evaluarea răspunsului terapeutic;

4. retinoblastom:

- stadializare;

- evaluarea răspunsului terapeutic;

5. tumori hepatice:

- stadializare;

- evaluarea răspunsului terapeutic;

6. metastaze cu punct de plecare neprecizat;

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

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

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

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: 3.000;

2) indicatori de eficiență:

- cost/investigație: 4.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii medicale paraclinice - investigații PET-CT.

Unități care derulează subprogramul:

a) Pozitron-Diagnosztika, Oradea;

b) Euromedic, 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.

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: 800;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnavă: 3.150 lei.

Natura cheltuielilor programului: 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 imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute

Activități:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiei acute

Criterii de eligibilitate:

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

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

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

1. laboratoare de citometrie în flux

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

- personalul care lucrează în laborator să îndeplinească următoarele condiții:

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

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

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

2. laboratoare de citogenetică

- să aibă dotare pentru:

• culturi celulare:

- hotă de biosecuritate clasa A2;

- incubator cu atmosferă controlată de CO₂;

- microscop inversat;

• microscopie optică:

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

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

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

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

3. laboratoare de biologie moleculară

- să aibă în dotare:

• sistem real time PCR;

• thermocycler PCR;

• sistem electroforeză chip/microfluidică;

• secvențiator cu 8 capilare;

• extractor automat acizi nucleici;

• electroforeză clasică;

• pirosecvențiator NextGen;

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

B.

Criterii de includere:

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

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute: 70;

- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 47;
- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH: 46;
- număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 45;

NOTĂ:

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

2) indicatori de eficiență:

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

Natura cheltuielilor programului:

- servicii pentru diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiilor 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

Activități

- asigurarea serviciilor de radioterapie (radioterapie cu ortovoltaj, cobaltoterapie, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie IMRT, radioterapie IGRT, 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: medicul radioterapeut, medicul oncolog, medicul chirurg specialist în chirurgie

oncologică, medicul specialist în imagistică medicală, medicul anatomopatolog, medicul curant al bolnavului;

- b) criteriile 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.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu ortovoltaj:
- număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu cobaltoterapie/an:
- număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an:
- număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an:
- număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie IMRT/an:
- număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie IGRT/an:
- număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin brahiterapie/an:

2) indicatori de eficiență:

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 radioterapie IGRT: 640 lei
- tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru servicii de radioterapie.

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 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:

- hipoacuzie neurosenzorială profundă, cu praguri sub 90 dB, bilaterală, perilinguală, sub vârsta de 6 ani (IC);

- hipoacuzie neurosenzorială acută, postmeningitică;

- hipoacuzie neurosenzorială progresivă, cu dispariția beneficiului protezelor auditive clasice;

- hipoacuzia neurosenzorială postlinguală profundă pe frecvențele medii-înalte (> 1500 Hz) și ușoară-medie pe frecvențele joase, cu discriminare vocală 10 - 50%;

- hipoacuzie neurosenzorială la adult, cu praguri (media pentru frecvențele conversaționale) sub 70 dB pe audiogramă, sub 55 dB în câmp liber (cu protezare), cu sub 40% discriminare vocală (cu protezare și stimul 65 dB HL);

- hipoacuzie neurosenzorială asimetrică, severă, profundă (BAHA sau IC);

- hipoacuzie cu transmisie uni/bilaterală care nu poate fi protezată clasic; otite externe recidivante, supurații auriculare cronice, stenoze/malformații de conduct auditiv extern (BAHA sau IUM);

- hipoacuzie neurosenzorială moderată-severă și discriminare verbală peste 50% (IUM);

- conducere osoasă mai bună de 60 dB (BAHA);

- hipoacuzia de tip mixt (IUM);

- suport psihologic și parental foarte bun.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de implanturi cohleare: 88;

- număr de proteze auditive cu ancorare osoasă BAHA: 20;

- număr de proteze implantabile de ureche medie: 4;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/implant cohlear: 95.727,27 lei;

- cost mediu/proteză auditivă cu ancorare osoasă BAHA: 24.000 lei;

- cost mediu/proteză implantabilă de ureche medie: 44.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli cu materiale specifice: implanturi cohleare, 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".

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 de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice;
- 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 țintelor 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 I 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: 213.550;

b) număr de bolnavi cu diabet zaharat tratați: 673.099;

c) număr de bolnavi automonitorizați: 202.271, din care:

c.1) număr de copii cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizați: 3.014;

c.2) număr de adulți cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizați: 199.257;

d) număr de bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de pompe de insulină: 58;
e) număr de bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină: 300;

2) indicatori de eficiență:

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

b) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tratat/an: 1.000 lei;

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

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

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

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

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

Natura cheltuielilor programului:

a) cheltuieli pentru medicamente: insulină și antidiabetice orale;

b) cheltuieli pentru materiale sanitare: teste de automonitorizare;

c) cheltuieli pentru efectuarea HbA1c;

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 cu 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 medicii diabetologi, dar nu mai mult de două dozări/bolnav/an. Valabilitatea recomandării este de maximum 90, respectiv 92 de zile calendaristice, după caz;

e) farmacii cu circuit deschis.

f) pentru pompe de insulină 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, natalizumabum pentru bolnavii cu scleroză multiplă.

Criterii de eligibilitate:

1) scleroză multiplă:

a) vor fi incluși bolnavii:

a.1) cu formă recurent-remisivă și scor EDSS \leq 5,5 (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Copaxone);

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 (Avonex, Betaferon, Extavia, Copaxone);

a.3) cu formă secundar progresivă și scor EDSS \leq 6,5 (Betaferon, Extavia);

a.4) cu formă progresivă cu recăderi și scor EDSS \leq 5,5 (Betaferon, Extavia, Rebif);

a.5) care nu au răspuns unei cure complete și adecvate de betainterferon (indiferent de forma farmaceutică) sau glatirameracetat; 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 gadolinu (Tysabri);

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 gadolinu la IRM craniană sau o creștere semnificativă a încărcării leziunilor T2 comparativ cu un examen IRM anterior recent (Tysabri);

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 Copaxone);

c.6) scăderea eficienței clinice sub tratament cu un imunomodulator de linia I (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Copaxone) și cel puțin două recăderi în ultimul an necesită inițierea tratamentului cu Tysabri (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: 3.046;

2) indicatori de eficiență:

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

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unități care derulează subprogramul:

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.

Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Activități:

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

Criterii de eligibilitate:

1) hemofilia:

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

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

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

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

2) talasemie majoră:

a) nivelul feritinei serice ≥ 1.000 ng/ml;

b) bolnavi cu hemosideroză secundară transfuziei.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu hemofilie între 1 și 18 ani cu substituție profilactică: 160;

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

c) număr bolnavi cu hemofilie cu substituție de scurtă durată (recuperare medicală după intervenții chirurgicale)

d) număr de bolnavi cu hemofilie cu inhibitori cu substituție pentru accidente hemoragice: 100;

e) număr de bolnavi cu hemofilie cu substituție pentru intervențiile chirurgicale ortopedice majore: 25;

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

g) număr de bolnavi cu talasemie: 200;

2) indicatori de eficiență:

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

b) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu substituție "on demand"/an: ~~30.000~~ 31.000 lei;

c) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu substituție de scurtă durată (recuperare medicală după intervenții chirurgicale) lei;

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

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

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

g) cost mediu/bolnav cu talasemie: 42.000 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unități care derulează subprogramul:

- 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;

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;

f) Centrul Medical de Evaluare și Recuperare pentru Copii și Tineri „Cristian Șerban” Buziaș; (adresa MS nr. 13471/25.02.2015)

g) ~~☒~~ unități sanitare cu secții sau compartimente de pediatrie și hematologie;

h) ~~☒~~ unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;

- tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale:

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

b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;

c) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

d) Institutul Clinic Fundeni;

e) Spitalul Clinic de Urgență București;

f) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;

g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;

h) Spitalul Clinic Județean Craiova;

i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj;

k) Institutul Național de Hematologie Transfuzională "Prof. Dr. C.T. Nicolau" București;

l) Spitalul Clinic de Urgențe pentru Copii "Sfânta Maria" Iași.

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-Barré, miastenia - crize miastenice), tratamentul polineuropatiei familiale amiloide cu transtiretină;

b) tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă;

c) tratamentul bolnavilor cu boala Fabry;

d) tratamentul bolnavilor cu boala Pompe;

e) tratamentul bolnavilor cu tirozinemie;

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

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

h) tratamentul bolnavilor cu afibrinogenemie congenitală;

i) tratamentul bolnavilor cu sindrom de 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);

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

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

a) tratamentul bolnavilor cu scleroză laterală amiotrofică;

b) tratamentul bolnavilor cu mucoviscidoză;

c) tratamentul bolnavilor cu Sindrom Prader Willi;

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

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

Criterii de eligibilitate:

1) boli neurologice degenerative/inflamator-imune:

a) bolnavi cu diagnostic cert de boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme cronice (polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă, neuropatie motorie multifocală cu bloc de conducere, neuropatie demielinizantă paraproteinică, sindroame neurologice paraneoplazice, miopatie inflamatorie, scleroză multiplă - forme cu recăderi 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 ulcerele digitale evolutive
 - bolnavi cu diagnostic cert de scleroză sistemică și ulcerele 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 angioliomului argumentată prin imagini radiologice seriale."

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici:
 - a) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme cronice: 131;
 - b) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme acute - urgențe neurologice: 208;
 - c) număr de bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică: 500;
 - d) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (medicamente): 25;
 - d.1) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice): 20;
 - e) număr de bolnavi cu boala Fabry: 12;
 - f) număr de bolnavi cu boala Pompe: 3;
 - g) număr de bolnavi cu tirozinemie: 4;
 - h) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter): 14;
 - i) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler): 4;
 - j) număr de bolnavi cu afibrinogenemie congenitală: 2;
 - k) număr de bolnavi cu sindrom de imunodeficiență primară: 100;
 - l) număr de bolnavi cu HTAP tratați: 335;
 - m) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (adulți): 65;
 - n) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (copii): 320;
 - o) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă: 80;
 - p) număr de bolnavi cu sindromul Prader Willi: 14;
 - r) număr de bolnavi cu polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină: 10;
 - s) număr de bolnavi cu scleroză sistemică și ulcere digitale evolutive: 80;
 - ș) număr de bolnavi adulți cu purpură trombocitopenică imună cronică splenectomizați și nesplenectomizați: 67;

- t) număr de bolnavi cu hiperfenilalaninemie care au fost diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4): 10;
- ț) număr de bolnavi cu scleroză tuberoasă: 3;
- 2) indicatori de eficiență:
- a) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme cronice/an: 49.910 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgențe neurologice/an: 27.878 lei;
- c) cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică/an: 5.882,53 lei;
- d) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (medicamente)/an: 1.186 lei;
- d.1) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice)/an: 40.000 lei;
- e) cost mediu/bolnav cu boală Fabry/an: 825.896 lei*);
- f) cost mediu/bolnav cu boală Pompe/an: 1.016.049 lei*);
- g) cost mediu/bolnav cu tirozinemie/an: 126.750 lei;
- h) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter)/an: 1.671.521 lei*);
- i) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler)/an: 1.250.000 lei*);
- j) cost mediu/bolnav cu afibrinogenemie congenitală/an: 169.000 lei;
- k) cost mediu/bolnav cu sindrom de imunodeficiență primară/an: 61.000 lei*);
- l) cost mediu/bolnav HTAP/an: 57.500 lei;
- m) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (adulți)/an: 35.771 lei;
- n) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (copii)/an: 39.984 lei;
- o) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă/an: 22.794 lei;
- p) cost mediu/bolnav cu boala Prader Willi/an: 26.890,47 lei;
- r) cost mediu/bolnav cu polineuropatie familială amiloidă cu transtiretină/an: 639.103,56 lei;
- s) cost mediu/bolnav cu scleroză sistemică și ulcerele digitale evolutive/an: 114.357,48 lei;
- ș) cost mediu/bolnav adult cu purpură trombocitopenică imună cronică splenectomizat sau nesplenectomizat/an**): 416.596 lei;
- t) cost mediu/bolnav cu hiperfenilalaninemie care a fost diagnosticat cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)/an**): 210.624 lei;
- ț) cost mediu/bolnav cu scleroză tuberoasă/an**): 135.384 lei.

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

***) Pentru bolnavii prevăzuți la lit. ș), t) și ț) pentru care inițierea și continuarea tratamentului se fac numai cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fondurile vor fi alocate caselor de asigurări

de sănătate aflate în relație contractuală cu unitățile sanitare nominalizate pentru aceste afecțiuni, în concordanță cu aprobările comisiei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice;
- materiale sanitare 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;
- 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;

- 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 Județean de Urgență Cluj - Secția clinică de nefrologie și dializă;
b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași - Clinica IV pediatrie;
c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța - Secția hematologie-interne;
d) Spitalul Universitar de Urgență București - Secția clinică neurologie;
e) Spitalul Județean de Urgență Focșani;
f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj - Clinica de nefrologie;
g) Spitalul Clinic "Dr. C. I. Parhon" Iași;
h) Spitalul Clinic Județean Ilfov "Sfinții Împărați Constantin și Elena";
i) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- 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;
- 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;
- 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 Opreș" Baia Mare;
 - c) Spitalul Județean Bacău;
 - d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
 - e) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
 - f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - g) Spitalul Județean de Urgență Deva;
 - h) Spitalul Județean de Urgență Satu Mare;
 - i) Spitalul Județean de Urgență Zalău;
 - j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
 - k) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
 - l) Spitalul Clinic de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
 - m) Spitalul Clinic de Urgență Arad;
 - n) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu;
 - o) Spitalul Județean de Urgență Buzău;
 - p) Spital Clinic de Copii Brașov;
 - q) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" București;
 - r) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca;
 - s) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Prof. Dr. Louis Țurcanu" Timișoara;
 - ș) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
 - t) Spitalul Județean de Urgență Buzău;
- 12) mucoviscidoza:
 - farmacii cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- 13) epidermoliza buloasă:
 - medicamente și materiale sanitare:
 - 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;
 - f) 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;
 - 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.
- 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.

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 toxicodependență;

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

Criterii de eligibilitate

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.

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 abținere între 7 și 14 zile;
- d) declarația pacientului pentru abținerea 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: 1.200;
 - b) număr de teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor: 15.011;
 - 2) indicatori de eficiență:
 - a) cost mediu/bolnav cu tratament de substituție/an: 1.405,83 lei;
 - b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină: 9,46 lei;
- Natura cheltuielilor programului:
- cheltuieli pentru tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodenendență;
 - 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 toxicodependenților 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 absorbtometrie duală cu raze X (DEXA), după următoarele criterii:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Alfacalcidol

Parametrul	Alendronat	Alendronat	Teriparatid	A
Raloxifen	Calcitonina	Risedronat	Risedronat	
măsurat	Risedronat	Risedronat		
	Ibandronat	Ibandronat		
	Zolendronat	Zolendronat		
	Stronțiu	Stronțiu		
Scor T (DS)	< -2,0	< -2,7	< -3,0	< -2,5
< -2,5				< -2,5
DEXA				

Fracturi	+			+ minimum o	
fractură				fractură	
fragilitate					
vertebrală				vertebrală	
dureroasă				severă	
Alte	Criteriai OMS				nu
tolerează					
condiții	FRAX				
bifosfonați					

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;

3. 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: 15.035, din care:

a) 6.940 cu osteoporoză;

b) 7.250 cu gușă prin tireomegalie cauzată de carența de iod;

c) 845 cu gușă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav cu osteoporoză tratat/an: 420 lei;

b) cost mediu/bolnav cu gușă prin tireomegalie cauzată de carența de iod/an: 49,94 lei;

c) cost mediu/bolnav cu gușă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă/an: 741 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) Spitalul Județean de Urgență Tulcea;
- ag) farmacii cu circuit deschis pentru medicamentele corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum.

Programul național de ortopedie

Activități:

- asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecțiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare tumorale specifice tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală, pentru tratamentul prin implant segmentar de coloană al pacienților cu diformități de coloană, 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.

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:

- medicul-șef al secției de specialitate în care este internat bolnavul;
- președintele Comisiei de ortopedie și traumatologie;
- 2 medici șefi de clinică de specialitate (prin rotație);
- un medic de specialitate oncologie, pentru cazurile tumorale.

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 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:

- medicul-șef al secției de specialitate în care este internat bolnavul;
- președintele Comisiei de ortopedie și traumatologie;
- 2 medici șefi de clinică de specialitate (prin rotație).

6. Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare:

- 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:

- a) număr de copii cu afecțiuni articulare endoprotezați/an: 40;
- b) număr de adulți cu afecțiuni articulare endoprotezați/an: 10.460;
- c) număr de copii cu endoprotezare articulară tumorală/an: 20;
- d) număr de adulți cu endoprotezare articulară tumorală/an: 20;
- e) număr de copii cu implant segmentar/an: 50;
- f) număr de adulți cu implant segmentar/an: 500;
- g) număr de adulți tratați prin chirurgie spinală/an: 1.000;
- h) număr de copii cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică tratați/an: 12;
- i) număr de adulți cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare: 1.300

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/copil endoprotezat/an: 4.501,8 lei;
- b) cost mediu/adult endoprotezat/an: 4.050,14 lei;
- c) cost mediu/copil cu endoprotezare articulară tumorală/an: 25.000 lei;
- d) cost mediu/bolnav cu endoprotezare articulară tumorală/an: 25.000 lei;
- e) cost mediu/copil cu implant segmentar de coloană/an: 10.000 lei;
- f) cost mediu/adult cu implant segmentar de coloană/an: 1.817 lei;
- g) cost mediu/adult tratat prin chirurgie spinală: 598 lei;

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

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

Natura cheltuielilor programului:

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

Unități care derulează programul:

1. Tratamentul prin endoprotezare:

a) ortopedie pediatrică:

- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;

b) ortopedie adulți:

- unități sanitare cu secții sau compartimente de profil raportoare/înscrise la RNE;

- 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:

- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;

b) ortopedie adulți:

- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

- Spitalul Clinic Județean Mureș;

- Spitalul Clinic Colentina;

- Spitalul Universitar de Urgență București.

3. Tratamentul prin implant segmentar de coloană:

a) ortopedie pediatrică:

- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;
- Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași;

- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;

b) ortopedie adulți:

- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;

- Spitalul Clinic Colentina;

- Spitalul Universitar de Urgență București;

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

- Spitalul Clinic de Recuperare Iași;

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;

- Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București;

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

- Spitalul Clinic Colentina;

- Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București.

4. Tratamentul prin chirurgie spinală:

- Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;

- Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Nicolae Oblu" Iași;

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

- Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;

- Spitalul Clinic Colentina;

- Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București.

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

- Spitalul Clinic de Urgență pentru copii "M. S. Curie" București;

- Spitalul Clinic de Urgență Copii "Grigore Alexandrescu" București.

6. Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare:
Unități sanitare de profil care îndeplinesc criteriile de eligibilitate

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: 3.060;

b) număr de bolnavi cu transplant hepatic tratați pentru recidiva hepatitei cronice: 215;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant/an: 20.913,73 lei;

b) cost mediu/bolnav cu transplant hepatic tratat pentru recidiva hepatitei cronice: 26.000 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:

- Institutul Clinic Fundeni;

- Spitalul Clinic "Sfânta Maria" - București.

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

Activități:

- 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, 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 l/săptămână ori ultrafiltrat

< 1.000 ml/24 ore sau absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;

b) copii preșcolari la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;

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

d) bolnavi dializați care pot și vor să urmeze studiile școlare și universitare;

e) bolnavi dializați care pot și vor să presteze activitate profesională;

f) bolnavi cu dizabilități care nu își pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie și la care familia sau asistența la domiciliu poate efectua conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

Criterii de întrerupere a tratamentului prin dializă:

- bolnavul este transplantat;
- bolnavul refuză continuarea tratamentului.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) numărul total de bolnavi tratați prin dializă: 11.701, din care:

a.1) 10.820 prin hemodializă, din care:

- hemodializă convențională: 10.228;
- hemodiafiltrare intermitentă on-line: 592;

a.2) 881 prin dializă peritoneală, din care:

- dializă peritoneală continuă: 831;
- dializă peritoneală automată: 50;

2) indicatori de eficiență:

a) cost/ședință de hemodializă convențională: 496 lei;

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

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

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

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru servicii de 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: 34;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin epurare extrahepatică/an: 16.735,29 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.

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).

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.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de pacienți cu afecțiuni cerebrovasculare tratați: 200;

- b) număr de tratamente Gamma-Knife: 400;
- c) număr de stimulatoare cerebrale implantabile: 20;
- d) număr de pompe implantabile: 10;
- e) număr de pacienți cu afecțiuni vasculare periferice tratați: 1.200;
- f) număr de pacienți cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratați: 350;
- g) număr de pacienți cu afecțiuni oncologice tratați: 450;
- h) număr de pacienți cu hemoragii acute sau cronice tratați: 320;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/pacient cu afecțiuni cerebrovasculare tratat: 15.830,64 lei;
- b) cost mediu/tratament Gamma-Knife: 4.750 lei;
- c) cost mediu/stimulator cerebral: 107.321,10 lei;
- d) cost mediu/pompă implantabilă: 54.000 lei;
- e) cost mediu/pacient cu afecțiuni vasculare periferice tratat: 3.250 lei;
- f) cost mediu/pacient cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratat: 3.000 lei;
- g) cost mediu/pacient cu afecțiuni oncologice tratat: 4.805 lei;
- h) cost mediu/pacient cu hemoragii acute sau cronice tratat: 1.360 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale și materiale sanitare specifice;
- servicii prin tratament Gamma-Knife.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București [activitățile: a), b), c), d) și f)];
- b) Spitalul Universitar de Urgență București [activitățile: a), c), e), f), g) și h)];
- 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) ~~a), f), g)~~];
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș [activitățile: a), d), e), f), g)];
- 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)];
- r) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara (a, d, e, f și g).

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:

- 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;
- 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;
- 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: 20;

b) număr de pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin implant de stimulator al nervului vag: 40;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin proceduri microchirurgicale: 32.500 lei;

b) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos cu implant de stimulator al nervului vag: 100.000 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale 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” adresa 2504/06.03.2015

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: 239;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/copil cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratat: 1.861,92 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.

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: 40;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin implant neuromodular: 45.000 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.

Medic curant,
.....
.....
(semnătura și parafa)
ștampila)

Aprobat comisie,

(semnătura și

*) După caz: Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate, Agenția Națională de Transplant, centre acreditate pentru activitate de transplant.

ANEXA

la Normele tehnice

Spitalul
Secția/Ambulatoriul
Către:
.....

În atenția
Coordonatorului regional pentru Programul național de diabet zaharat

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a) dr., în calitate de medic curant, specialist în, solicit aprobarea inițierii terapiei cu infuzie subcutanată (pompă) de insulină, pentru pacientul

.....,
(nume și prenume, CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|)

aflat în evidența Casei de Asigurări de Sănătate

Pacientul se află în evidența noastră cu diagnosticul din anul, având în prezent următoarea terapie de fond:

.....
.....
.....
.....

Motive medicale:

.....
.....
.....

.....
Data
Medic curant,
.....
(semnătura și parafa)

Aprobat
Coordonator regional,
.....
(semnătura și parafa)

ANEXA
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)

ANEXA
la Normele tehnice

**REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC 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 1

la Normele tehnice

CONTRACT

pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative în anii 2015-2016

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 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. privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ~~190/2013~~.....

pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015-2016, cu modificările și completările ulterioare.

III. Durata contractului

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 3

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

IV. Obligațiile părților

ART. 4

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, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, conform Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1....., efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la 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 specialitate 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 de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.....

f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa 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/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

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

i) să țină evidența distinctă pentru medicamentele/materialele sanitare specifice/serviciile prin tratament Gamma Knife/serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute 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 baza 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 medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute 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 baza 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 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, la termenul prevăzut în normele tehnice, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

ART. 5

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

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

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

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

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

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

g) 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;

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

i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

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

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

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

m) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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

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

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

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

r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică 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; 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;

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

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

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

ț) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/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.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare

specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz;

u) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

Pentru eliberarea medicamentelor, să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor / materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată;

v) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate, după caz, conform prevederilor legale în vigoare;

w) 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;

x) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului de la data implementării acestuia.

y) să pună la dispoziția organelor de control ale CNAS 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;

z) 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.

aa) 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;

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

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

ad) să asigure servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice și altele asemenea:

1. pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari formularelor/documentelor europene emise în baza 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 și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

2. 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, în situația în care serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice și altele asemenea sunt parte din serviciile cuprinse în Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pachet prevăzut de Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

3. 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;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice 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 baza Regulamentului CE nr. 883, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

af) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ae), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice și altele asemenea, după caz, de documentele justificative /documentele însoțitoare.

V. Valoarea contractului

ART. 6

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

2. Pentru anul 2015 valoarea contractului (se detaliază fiecare program/subprogram) este:

1. lei;
2. lei;
3. lei;

VI. Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative

ART. 7

(1) Unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii următoare 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 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 prevăzute 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

Unitatea sanitară are următoarele obligații:

1. prin medicii coordonatori:

a) răspunde de utilizarea fondurilor primite pentru efectuarea cheltuielilor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, serviciile prin tratament Gamma Knife și serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate;

b) răspunde de organizarea evidenței electronice a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, serviciile prin tratament Gamma Knife și serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, pe baza setului minim de date: CNP bolnav, diagnostic specific concordant cu subprogramul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

c) dispune măsurile necesare aplicării metodologiei de program/subprogram, în vederea asigurării îndeplinirii obiectivelor prevăzute în acesta;

d) răspunde de organizarea, monitorizarea și de buna desfășurare a activităților medicale din cadrul programului/subprogramului;

e) răspunde de raportarea la timp a datelor către casa de asigurări de sănătate, precum și de realitatea și exactitatea acestora;

2. prin contabilul-șef al unității sanitare răspunde de modul de organizare a evidențelor tehnico-operative, de utilizarea sumelor alocate potrivit destinațiilor aprobate, cu respectarea normelor legale în vigoare, de exactitatea și realitatea datelor raportate lunar;

ART. 10

Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezentați.

ART. 11

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

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

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

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

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. v) 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 de contract aferentă lunii respective.

(4) Pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(5) Reținerea sumelor conform alin. (1) - (4) 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.

(6) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) - (4) 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 modifică în sensul suspendării 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.

VIII. Soluționarea litigiilor

ART. 13

Litigiile apărute pe anii derulării contractului se soluționează de părți pe cale amiabilă. În situația în care părțile nu ajung la o înțelegere, acestea se vor adresa Comisiei de arbitraj sau instanțelor judecătorești competente, după caz.

IX. Clauze speciale

ART. 14

Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2015.

ART. 15

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. 16

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. 17

Orice împrumut 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.

ART. 18

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.

ART. 19

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.

ART. 20

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. 21

Orice modificare poate fi făcută numai cu acordul scris al ambelor părți.

ART. 22

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.

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,
.....

Directorul
pentru cercetare-dezvoltare,
.....

ANEXA 2

la Normele tehnice

CONTRACT

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

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, cu modificările și completările ulterioare, reglementărilor Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, precum și a reglementărilor Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016;

ART. 3

Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare 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 2014.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

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, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor și materialelor sanitare raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, conform normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în limita fondurilor aprobate;

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 specialitate 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 de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare, 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 medicamentele, materialele sanitare specifice, 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 baza 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 medicamente și materialele sanitare specifice acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, 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 baza 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, 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, la termenul prevăzut în normele tehnice, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista C, secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr.

720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați;

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

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare specifice eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative, cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare specifice achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare specifice achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

d) 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 farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele tehnice cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare

specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative;

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

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

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

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

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

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

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de

medicamente, publicată pe pagina de web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește potrivit prevederilor legale în vigoare;

m) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale, 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;

n) 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;

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

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

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

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

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

ș) 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;

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor și materialelor sanitare specifice eliberate, conform machetelor solicitate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

v) 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;

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

x) 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 comerciale 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;

y) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege farmacia care a încheiat contract pentru furnizarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, conform prevederilor legale în vigoare;

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - 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;

aa) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor și / sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate, iar o copie a cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului împuternicitului, se păstrează la farmacie; medicamentele și / sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ab) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ac) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurarilor de sănătate; asumarea medicamentelor / materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată;

ad) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate :

1. titularilor 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;

2. beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza 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 și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

3. 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;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și / sau materiale 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 baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile 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;

af) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și / sau materiale 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 sanitare acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile 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, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

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 acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emiteră 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 și luni.

(3) Valoarea orientativă a contractului pentru eliberarea de medicamente și materiale sanitare în cadrul programelor naționale de sănătate curative este de: lei

Trimestrul I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

Trimestrul II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

Trimestrul III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

Trimestrul IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei

NOTĂ:

Se specifică pentru fiecare program/subprogram de sănătate.

ART. 9

(1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun 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

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate 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:

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 obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) – f), h), j) – w), ab), ad), ae) și af) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris:

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

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

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

(4) Reținerea sumei conform alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și se aplică la nivel de farmacie.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare furnizor.

(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).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile prevederilor de la art. 10 se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

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 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 și a borderourilor centralizatoare.

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/oficine locale 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/aceiași oficiu local de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficiu local 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. b) 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. x);

(2) Pentru societățile comerciale 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. f), g), r), ț), u), și x) – se aplică la nivel 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 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, 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 condițiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 18

Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice – farmacii cu circuit deschis, se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele 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. z), 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) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. f) – h) și pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), m) și Ț), condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. r) și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. g) și u) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 17 și 18 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente și/sau materiale sanitare 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 înainte 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 înainte 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,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

Furnizor de medicamente și
materiale sanitare
Reprezentant legal
.....

ANEXA 3

la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE

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

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:

- 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

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

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 2016.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în condițiile prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr./2015.

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, conform legii;

b) să deconteze Furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor tehnice, în limita valorii de contract;

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 specialitate 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.

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale paraclinice are următoarele obligații:

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

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

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este cel utilizat în cadrul contractului de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

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

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

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

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

p) să transmită rezultatul investigațiilor medicale paraclinice pentru investigațiile PET-CT medicului care a făcut recomandarea, direct sau prin intermediul asiguratului, precum și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la solicitarea acesteia;

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

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

s) să efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu 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;

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

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

ț) 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;

u) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

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

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

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

y) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează potrivit legii instituțiile abilitate în acest sens;

z) 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;

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

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

ac) să transmită lunar, odată cu raportarea, documentele necesare în vederea decontării prevăzute în normele tehnice;

ad) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se

va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze, în vederea acordării serviciilor medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează Furnizorului de către casele de asigurări de sănătate;

ae) 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 conform 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;

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

ag) 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.

ah) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ai) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. 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 national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

aj) să asigure acordarea de asistență medicală beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza 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;

ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii;

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

am) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă)

an) să întocmească evidențe distincte 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 baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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;

ao) să raporteze distinct în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, facturile pentru serviciile prevăzute la lit. an), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare.

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, conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2015, cu modificările și completările ulterioare.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tariful negociat	Numărul de servicii	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
TOTAL		X	X	

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute normele tehnice.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toți furnizorii.

*Suma anuală contractată este lei,
din care:*

- suma aferentă trimestrului I lei,*
- suma aferentă trimestrului II lei,*
- suma aferentă trimestrului III lei,*
- suma aferentă trimestrului IV lei,*

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre.

ART. 9

Decontarea serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative se face lunar, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii și a documentelor justificative care se depun 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 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 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 în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile Furnizorului a programului de lucru prevăzut în contract:

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizorul de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - c), e) - g), j) - r), ș), ț) - x) și ah), 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.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. s), t) și aj) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Reținerea sumelor conform alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată.

(5) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) - (3) se face prin plata directă sau prin executare silită în situația în care Furnizorul nu mai este în

relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea 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, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) dacă din motive imputabile Furnizorului acesta 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), e) - n);

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

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. aa), ae) și ak);

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) și (2), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 14 alin. (3); pentru Furnizorul cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul Furnizorului a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) în cursul unui an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura Furnizorului; dacă la nivelul furnizorului se aplică în cursul unui an sancțiunile prevăzute la art. 14 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, 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.

(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.

ART. 16

(1) Contractul 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 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 pct. 31~~, art. 11 lit. af) 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 celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate programelor naționale de sănătate curative, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 21

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

Furnizor de servicii medicale
paraclinice

Reprezentant legal,
.....

Direcția economică,
.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

CONTRACT

pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu

Părțile contractante:

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

și

S.C. (Furnizorul), cu sediul în, cont nr. deschis la, având cod unic de înregistrare, înregistrată la registrul comerțului sub nr., reprezentată legal prin,

având în vedere:

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

- Hotărârea Guvernului nr. privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 698/2010 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, cu completările ulterioare;

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

- Referatul de aprobare,

Casa de Asigurări de Sanatate 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;

- Anexe:

- anexa A - Condiții suspensive;

- anexa B - Descrierea centrului.

Fiecare parte și anexa la prezentul 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

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

Serviciul	Volumul	Valoarea
contractată	estimată	contractată
		- 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 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 în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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 sanătate 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 sanătate 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 sanătate 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 sanătate 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 a fondurilor aprobate cu această destinație prin buget, în anul în curs.

C3. În cazul în care un pacient constant al unui centru de dializă își exprimă adeziunea de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza numai în limita numărului de bolnavi contractat pe terapia respectivă de centrul în care se transferă bolnavul și a valorii de contract pe acel tip de dializă.

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 program etc.), părțile pot conveni să majoreze serviciile furnizate în baza acestui 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 a fondurilor aprobate cu această destinație prin buget, în anul în curs. Furnizorul este obligat să notifice Casa de Asigurări de Sanatate despre aceste situații justificate. Actul adițional pentru aceste situații se încheie în urma analizei de la nivelul Casa de Asigurări de Sanatate privind încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație.

C5. Furnizorul va raporta bolnavii nou-incluși, iar Casa de Asigurări de Sanatate va deconta serviciile numai după încheierea actului adițional prevăzut la pct. C4.

D. Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situație în care Casa de Asigurări de Sanatate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de Asigurări de Sanatate 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 independent de voința părților, excepțional și imprevizibil și în afara puterii de control al părții care îl invocă, al cărui efect nu a putut fi evitat și care afectează substanțial executarea obligațiilor părții conform prezentului contract. Cazurile de forță majoră includ, fără a se limita la următoarele: a) cutremure; b) explozii, incendii sau inundații (cu excepția celor cauzate de Furnizor); c) contaminare nucleară, chimică sau biologică (cu excepția celor cauzate de Furnizor); d) bombe neexplodate sau alte muniții ori descoperirea unor vestigii arheologice; e) război sau război civil (fie declarat sau nedeclarat) ori conflicte armate, invazii, blocade și embargouri; f) revoltă civilă sau tulburare ori rebeliune; g) orice act terorist sau amenințare credibilă privind un act terorist asupra Furnizorului ori a unităților sale; sau h) greve ori alte acțiuni industriale la nivel național.

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.

Garanția de bună execuție înseamnă o garanție constituită de către Furnizor în favoarea Casei de Asigurări de Sanatate, la o bancă comercială română, pentru îndeplinirea serviciilor conform prezentului contract, în una dintre formele prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 925/2006 pentru aprobarea normelor de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractelor de achiziție publică din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii, cu modificările și completările ulterioare. Pentru anul, garanția de bună execuție este în valoare de lei, reprezentând 5% din valoarea estimată a serviciilor de dializă, și este valabilă până la data de Aceasta trebuie reînnoită pentru orice modificare apărută în derularea contractului, precum și pe o durată de 30 de zile de la data de..... . Pentru anul, garanția de bună execuție se stabilește după angajarea sumelor, în condițiile clauzei 2.3.

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 transport sanitar, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.;

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.

2.2. Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 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 Sanatate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în [anexa A](#). 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 [anexa A](#), 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:

a) să furnizeze serviciile în conformitate cu Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și să utilizeze numai medicamente și materiale sanitare specifice, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

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

c) să furnizeze serviciile de dializă bolnavilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

d) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializă;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casa 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

f) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

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

j) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

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

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

m) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificările oricărui dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de

dializă, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

n) să informeze bolnavii cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile lor în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile bolnavilor referitoare la actul medical;

o) să permită personalului casei 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;

p) să transmită casei 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; se raportează în vederea decontării bolnavii și serviciile de dializă aferente acestora, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

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

r) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

s) 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.

ș) 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, conform prevederilor legale în vigoare;

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

ț) 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;

u) să asigure prezența personalului conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările și completările ulterioare;

v) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 9001;

w) să pună la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de dializă contractate cu casa de asigurări de sănătate- facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;

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

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

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

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

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul programului;

ad) să transmită lunar casei de asigurări de sănătate, în original și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

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

af) să transmită trimestrial casei de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;

ag) să asigure transportul nemedical al bolnavilor pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și de transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă sau automată, prevăzuți în contract și să răspundă de calitatea transporturilor;

ah) să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;

ai) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883, pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.

aj) să raporteze în vederea decontării casei de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ak) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

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 aflată în relații contractuale cu furnizorii pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative, denumiți furnizori, au următoarele obligații:

a) 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;

b) să urmărească derularea prezentului contract și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de Furnizor;

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

d) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial, să revalueaze volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;

e) să efectueze prin structurile de specialitate proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul serviciilor de dializă realizate, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizoriului, conform prevederilor normelor tehnice;

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

controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa 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;

5.4. În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ad) - se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

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

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

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

d) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la lit. d), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

f) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

g) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv;

(9) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile Furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

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

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

5.4.1 În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. i), k), q), n), x), y), z), v), w), aa), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

5.4.2 În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale casei de asigurări de sănătate se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații

5.5. Reținerea sumelor conform clauzei 5.4 , 5.4.1 și 5.4.2 se face din prima plată care urmează a fi efectuată de casa de asigurări de sănătate pentru Furnizor.

5.5.1. Recuperarea sumelor conform prevederilor clauzei 5.4 , 5.4.1 și 5.4.2 se face prin plata directă sau prin executare silită în cazul Furnizorului care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

5.5.2. Pentru situațiile prevăzute la clauza 5.4 , 5.4.1 și 5.4.2 casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare furnizor și va informa CNAS despre aceste situații.

5.5.3. CNAS anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la clauza 5.4 , 5.4.1 și 5.4.2.

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 de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenționale) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui CNAS.

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 de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS, 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 CNAS. 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 Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea

Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, 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 de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS (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 de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS (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 Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, 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/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 eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigații de laborator, materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la domiciliul acestora până la centrul de dializă și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și al persoanelor cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigațiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum și transportului lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

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

a) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $< 20\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS;

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $20\% - 24,9\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS;

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $\geq 25\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

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

6.1.10. Includerea bolnavilor noi în program se realizează numai cu respectarea unui procent minim de dializă peritoneală convențională de 20% din numărul bolnavilor nou-incluși în program, cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut și a bugetului aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

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 CNAS, care vor include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, incluzând numărul bolnavilor dializați pe tipuri de dializă și prevăzând 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 o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de Casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, 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.

6.2.3. În condițiile în care Furnizorul nu îndeplinește obligațiile prevăzute la clauza 5.1 lit. h), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcție de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

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 CNAS.

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

6.3.3. În cazul în care: a) bugetul anual al CNAS nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic; sau b) CNAS 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 10 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 de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

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.

6.5. Interzicerea plăților neoficiale

Furnizorului nu îi este permis să solicite sau să accepte orice plăți neoficiale de la bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

7. Garanția de bună execuție

Pe durata prezentului contract, precum și pentru o perioadă de 30 de zile calendaristice după data încetării contractului, Furnizorul va menține în vigoare și pentru întreaga sumă garanția de bună execuție, indiferent dacă Casa de asigurări de sănătate a înaintat sau nu cereri de plată în baza acestei garanții de bună execuție. Casa de asigurări de sănătate poate înainta cereri de plată în baza acestei garanții de bună execuție pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale

de către Furnizor. Casa de asigurări de sănătate va notifica Furnizorului în scris, cu 5 zile înainte de emiterea cererii de plată, Furnizorul având la dispoziție 30 de zile calendaristice pentru a remedia încălcarea.

8. Despăgubiri

8.1. Furnizorul despăgubește Casa de asigurări de sănătate /Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și directorii, angajații și asigurații Casa de asigurări de sănătate /Casa Națională de Asigurări de Sănătate împotriva oricărei pretenții rezultând din toate acțiunile, procedurile, litigiile, reclamațiile și cererile, de orice natură, incluzând, dar fără a se limita la orice pretenție, obligație, pierdere sau prejudiciu cu privire la:

a) rănirea sau moartea oricărei persoane; și

b) pierderea sau prejudicierea oricărei proprietăți,

rezultând în orice mod din încălcarea de către Furnizor a obligațiilor sale din prezentul contract, ca urmare a unei acțiuni sau omisiuni cu intenție ori din neglijență sau a oricărei acțiuni contrare legii a Furnizorului ori a oricărui membru al personalului salarizat sau contractat de către Furnizor în cursul furnizării serviciilor.

8.2. Despăgubirile prevăzute în clauza 8 nu sunt prevăzute cu scopul de a înlocui sau de a limita orice drept al Casa de asigurări de sănătate /Casa Națională de Asigurări de Sănătate, al angajaților acestuia sau al bolnavilor de a cere orice despăgubire sau contribuție.

8.3. Despăgubirile prevăzute în clauza 8 au caracter permanent și sunt separate și independente de celelalte obligații ale părților și, de asemenea, subzistă încetării prezentului contract.

8.4. Furnizorul trebuie să îndeplinească și să respecte toate obligațiile și cerințele legale în legătură cu statutul său și cu angajații săi, incluzând, dar fără a se limita la plata tuturor taxelor, salariilor și îndatoririlor, precum și obținerea și menținerea în vigoare a tuturor asigurărilor necesare.

9. Asigurare

9.1. De la data intrării în vigoare, Furnizorul 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 către Casa de asigurări de sănătate), 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.

9.2. Furnizorul va plăti primele de asigurare, în mod prompt, și va îndeplini toate cerințele necesare pentru a menține în vigoare toate asigurările prevăzute în clauza 9.1.

9.3. Furnizorul se va asigura că toți membrii personalului său medical și farmaceutic îndeplinesc cerințele de asigurare de răspundere civilă aplicabile lor.

9.4. Furnizorul nu va acționa și nu va omite să acționeze în niciun fel care ar putea determina anularea, anulabilitatea sau imposibilitatea de executare a oricărei asigurări solicitate conform clauzei 9.

10. Încetarea și forța majoră

Denunțare unilaterală

10.1. Casa de asigurări de sănătate poate înceta prezentul contract în orice moment și la discreția sa prin trimiterea către Furnizor a unei notificări scrise cu treizeci (30) de zile calendaristice înainte de încetarea prezentului contract, contractul fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile.

Încetarea de către Casa de asigurări de sănătate

10.2. Casa de asigurări de sănătate poate înceta imediat, prin notificare către Furnizor, prezentul contract, dacă Furnizorul încalcă una dintre obligațiile sale conform prezentului contract, iar o astfel de încălcare nu este remediată în termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii unei notificări de la Casa de asigurări de sănătate arătând obligația încălcată, contractul fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile. Pe perioada de la încălcarea oricărei obligații până la remediere sau încetare, Casa de asigurări de sănătate are dreptul să deducă din sumele datorate Furnizorului pentru servicii penalități pe zi egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

10.3. Casa de asigurări de sănătate poate înceta prezentul contract, în orice moment, prin notificare către Furnizor, fără a afecta orice alte drepturi, în cazul în care: (i) Furnizorul este în stare de insolvență și/sau în orice formă de faliment, lichidare fără faliment, insolvabilitate sau procedura dizolvării este inițiată în legătură cu Furnizorul ori de către Furnizorul însuși; sau (ii) organele în drept ridică autorizația sanitară de funcționare, valabilitatea acesteia expiră sau evaluarea Furnizorului încetează, prezentul contract fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile.

Drepturile prevăzute în prezenta clauză sunt suplimentare față de orice alte drepturi și pot fi exercitate chiar dacă nu a avut loc nicio încălcare a prezentului contract.

Încetarea de către Furnizor

10.4. Furnizorul poate înceta prezentul contract prin notificare către Casa de asigurări de sănătate dacă:

a) Casa de asigurări de sănătate nu a efectuat plata, prin încălcarea clauzei 6, în termen de 60 de zile calendaristice de la data la care factura a fost emisă de către Furnizor; și

b) încălcarea prevăzută la lit. a) nu este remediată în termen de 60 de zile calendaristice de la data primirii notificării de la Furnizor, contractul fiind desființat de drept fără a mai fi necesară punerea în întârziere și fără îndeplinirea vreunei alte formalități prealabile.

Obligațiile Furnizorului la încetarea contractului

10.5. Imediat, odată cu încetarea prezentului contract, Furnizorul:

a) va lua toate măsurile pentru a diminua orice pierdere rezultată din încetare; și

b) va livra către Casa de asigurări de sănătate orice documentație pusă la dispoziția Furnizorului de către Casa de asigurări de sănătate sau întocmită de către Furnizor în baza prezentului contract, fie că această documentație este în curs de a fi întocmită în baza prezentului contract, fie că este finalizată de către Furnizor la data încetării și nu a fost pusă la dispoziția Casa de asigurări de sănătate, și va asigura că este în măsură să acționeze, în același mod, în privința oricărei astfel de documentații pregătite de orice furnizor subcontractat de către Furnizor. O astfel de documentație poate include documente medicale, administrative și orice alte documente prevăzute și permise de către lege.

Plata la încetarea contractului

10.6. Dacă Casa de asigurări de sănătate încetează prezentul contract conform clauzei 10.1 sau Furnizorul încetează prezentul contract conform clauzei 10.4, Casa de asigurări de sănătate va fi răspunzătoare doar pentru plata serviciilor prestate până la data încetării.

10.7. Dacă Casa de asigurări de sănătate încetează prezentul contract conform clauzei 10.2 sau clauzei 10.3, Casa de asigurări de sănătate va fi răspunzătoare doar pentru plata serviciilor prestate până la data încetării. Pentru costurile suportate de către Casa de asigurări de sănătate în legătură cu încetarea prezentului contract, Casa de asigurări de sănătate va executa garanția de bună execuție.

Condiții suspensive aplicabile plății la încetarea contractului

10.8. Este o condiție suspensivă, orice plată către Furnizor a oricărei sume datorate la data încetării contractului, dacă Furnizorul nu îndeplinește obligațiile sale conform clauzei 10.5.

10.9. Încetarea prezentului contract nu va prejudicia sau afecta drepturile dobândite, pretențiile cu privire la răspunderea oricărei părți potrivit prezentului contract.

Forța majoră

10.10. Un caz de forță majoră exonerează de răspundere partea care îl invocă, cu condiția ca cealaltă parte să fie informată în termen de 5 zile lucrătoare de la data la care un astfel de eveniment a apărut. Fiecare parte are dreptul să solicite părții care invocă un caz de forță majoră să prezinte un certificat emis de Camera de Comerț și Industrie a României și/sau de orice altă autoritate competentă, în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii notificării de la Furnizor cu privire la cazul de forță majoră. În cazul în care Furnizorul sesizează existența sau posibilitatea existenței unei cauze de natură să conducă la imposibilitatea serviciilor, va notifica de îndată acest fapt Casa de asigurări de sănătate, în vederea luării măsurilor ce se impun pentru continuitatea serviciilor.

10.11. În cazul apariției unui caz de forță majoră, obligațiile părții care îl invocă se suspendă pe o perioadă de până la 90 de zile calendaristice. Dacă evenimentul de forță majoră subzistă pe o perioadă mai mare de 90 de zile calendaristice, fiecare dintre părți poate înceta prezentul contract prin notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice înainte de data încetării prezentului contract, către cealaltă parte.

Continuitatea serviciilor

10.12. La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin atingere 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.

11. Confidențialitate

11.1. Părțile convin să mențină confidențiale tot timpul după data încheierii prezentului contract și pe o perioadă de 2 ani după încetarea acestuia, indiferent de cauză, și să nu dezvăluie, să nu raporteze, să nu facă publice, direct sau indirect, să nu transfere, să nu folosească în scopuri personale ori ale terților informațiile confidențiale în condițiile legii, primite sau obținute ca rezultat al încheierii sau executării prezentului contract ori furnizate de către sau în numele unei părți în negocierile care au dus la încheierea prezentului contract și care se referă la:

- (i) obiectul și/sau prevederile prezentului contract;
- (ii) părți și/sau activitățile comerciale ale acestora.

11.2. Fiecare parte este răspunzătoare de respectarea prevederilor clauzei 11.1 de către oricare dintre reprezentanții săi sau dintre terțele persoane cărora le-au fost dezvăluite informații confidențiale în scopul prezentului contract.

11.3. Obligațiile stipulate în clauzele 11.1 și 11.2 nu se aplică în cazul unei informații care:

- (i) face parte din informațiile publice la data încheierii prezentului contract;

(ii) devine informație publică ulterior, altfel decât ca rezultat al încălcării prezentului contract;

(iii) este cerută a fi dezvăluită de către o autoritate publică competentă.

12. Notificări

12.1. Orice notificare către o parte la prezentul contract va fi transmisă după cum urmează:

a) va fi înmănată persoanelor de contact, prevăzute pe pagina de semnături, ale părții căreia îi este adresată comunicarea; sau

b) prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire la adresa părții, pentru persoanele prevăzute pe pagina de semnături, sau la o astfel de adresă notificată de către partea în cauză în scris; sau

c) prin fax trimis la numerele de fax sau la un număr de fax notificat de către partea în cauză, pentru persoanele prevăzute pe pagina de semnături, în scris.

12.2. Fiecare parte trebuie să notifice celeilalte părți cu privire la orice modificare a datelor sale în termen de 5 zile lucrătoare de la data apariției acestor modificări.

13. Integralitatea contractului

13.1. Prezentul contract reprezintă întreaga voință și singura înțelegere între părți și înlocuiește toate reprezentările, contractele, declarațiile și înțelegerile anterioare ale părților.

14. Cesiunea sau subcontractarea

14.1. 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 Casa de asigurări de sănătate, cu excepția contractelor menționate în [anexa A](#).

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

14.3. 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.

15. Obiectul sau durata serviciilor

În cazul în care una dintre părți are cunoștință despre orice aspect care ar putea modifica volumul de muncă sau durata necesară pentru finalizarea serviciilor, va trimite o notificare scrisă cu privire la acest aspect către cealaltă parte, cât de repede posibil, în mod rezonabil, ținând cont de circumstanțe.

16. Renunțări

Nicio renunțare de către o parte, expresă sau implicită, de a invoca orice încălcare a oricărui termen, oricărei condiții, obligații de către cealaltă parte nu se va interpreta ca fiind o renunțare la invocarea unei încălcări ulterioare, de natură similară sau diferită, a aceluși termen, acelei condiții sau obligații din contract.

17. Modificarea contractului

17.1. Prezentul contract poate fi modificat prin acordul scris al părților, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin 15 zile lucrătoare înainte de la care se dorește modificarea.

17.2. Dacă pe parcursul derulării prezentului contract apar acte normative noi în materie, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

18. Legea aplicabilă

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

19. Soluționarea litigiilor

19.1. Fiecare dintre părți va depune toate eforturile pentru a soluționa pe cale amiabilă orice litigiu.

19.2. În cazul apariției unui litigiu, partea reclamantă trebuie să notifice în scris, iar litigiul va fi supus spre soluționare directorului general al Furnizorului și președintelui Casa de asigurări de sănătate.

19.3. În urma notificării trimise în conformitate cu clauza 19.2, nicio parte nu va începe nicio procedură litigioasă cu privire la orice dispută, până când părțile nu vor fi depus toate eforturile pentru soluționarea disputei, iar aceasta nu a fost soluționată în termen de 15 zile calendaristice (sau alt interval de timp convenit de părți).

19.4. În cazul în care nu se ajunge la un acord astfel cum este prevăzut la clauza 19.3, disputa va fi soluționată de către Comisia centrală de arbitraj, care funcționează pe lângă CNAS, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

19.5. Până la soluționarea disputei, părțile vor continua să îndeplinească obligațiile prevăzute în prezentul contract, dacă acesta nu a încetat.

20. Rezilierea

20.1. Contractul încheiat de Casa de asigurări de sănătate cu Furnizorul 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 sau expirarea dovezii de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către 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/CNAS 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/CNAS documentele menționate la clauza 5.1 lit. o);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la clauza 5.1 lit. a), b), h), l), p) și ț).

21. Dispoziții finale

21.1. În cadrul Furnizorului, pe baza mecanismului stabilit de comun acord de părți - definit ulterior prin act adițional, care va face parte integrantă din prezentul contract, pot fi acceptați la tratament și bolnavi tratați temporar, potrivit normelor legale în vigoare.

21.2. La regularizarea trimestrială, prevăzută la clauza 6.1.7.1, sau, după caz, prin acte adiționale la contractele încheiate între CAS și furnizori, se poate realiza și plata pentru bolnavii transferați temporar și pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883, pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României., în perioada de valabilitate a acestuia, cu încadrarea în bugetul alocat programului.

21.3. Anual, se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate și validate de Casa de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 152 de ședințe/an.

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

Casa de Asigurări de Sănătate
medicale

paraclinice
Președinte-director general,
.....

Director executiv
Direcția economică,
.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

Furnizor de servicii

Reprezentant legal,
.....

ANEXA A

Condiții suspensive

ANEXA B

Descrierea centrului
(a se introduce planul centrului)

ANEXA 5

la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice

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 din cadrul Programului național de oncologie, conform Hotărârii

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

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul de servicii de radioterapie prestează asiguraților serviciile de radioterapie cuprinse în normele tehnice, respectiv:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)

ART. 3

Furnizarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se face de către următorii medici, fizicieni medicali, fizicieni experți,

- a) Medic sau fizician,

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

Durata prezentului contract este de la data de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2016.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în condițiile prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr./2015.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

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, conform legii;
- b) să deconteze furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de radioterapie contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor tehnice, în limita valorii de contract;
- 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, 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 și cu privire la orice modificare 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 specialitate sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;
- 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 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.

j) să deconteze contravaloarea serviciilor de radioterapie acordate 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

B. Obligațiile Furnizorului de servicii de radioterapie

ART. 7

Furnizorul de servicii de radioterapie are următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile în conformitate cu Legea nr. 111/1996 republicată privind desfășurarea în siguranță, reglementarea autorizarea și controlul activităților nucleare și cu Ordinul Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004 pentru aprobarea normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, cu modificările și completările ulterioare, precum și să utilizeze numai aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

b) să furnizeze serviciile pacienților asigurați cuprinși în Subprogramul de radioterapie, fără nici un fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament;

c) să furnizeze serviciile beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

d) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212

alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de radioterapie;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

f) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de radioterapie, potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să angajeze personalul de specialitate în proporție cu cerințele minimale de personal prevăzute în Ordinul Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

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

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

j) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

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

l) să stabilească și să respecte programul de activitate, să îl afișeze la loc vizibil și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanță cu prevederile Ordinului Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, pentru aprobarea normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, cu modificările și completările ulterioare

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de

radioterapie, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de radioterapie și la obligațiile lor în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

o) 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;

p) 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;

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

r) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

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

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, conform prevederilor legale în vigoare;

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

ț) 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;

u) să asigure prezența unui medic de specialitate radioterapie și a unui fizician medical 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 întregă pe zi, programul unității de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie și a fizicianului medical care își desfășoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

v) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de radioterapie, conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 9001 precum și cele stabilite prin Ordinul Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr.

94/2004, pentru aprobarea normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, cu modificările și completările ulterioare,

w) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate / Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;

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

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

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

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

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de radioterapie în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii de radioterapie efectuate;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii de radioterapie și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul subprogramului;

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

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

af) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale 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 baza Regulamentului CE nr. 883, 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.

ag) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. af) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ah) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu

respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea; să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

ai) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

ART. 8

Modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif conform normele tehnice:

- 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 radioterapie IGRT: 640 lei
- tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei

Nr. crt.	Serviciul de radioterapie	Tariful negociat	Numărul de servicii	Total lei
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
Total	X	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,*

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre

ART. 9

Decontarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se face lunar, în termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii și a documentelor

justificative care se depun 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 de radioterapie 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 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 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 Furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah), ai) - se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

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

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

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

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ș) 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 de contract aferentă lunii respective.

(4) Pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile Furnizorului a programului de lucru prevăzut în contract:

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

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

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. i), k), q), n), x) - aa) 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.

(7) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(9) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) - (7) se face prin plata directă sau prin executare silită în situația în care Furnizorul nu mai este în

relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice.

ART. 15

(1) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu Furnizorul în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform 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 sau expirarea deciziei de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate 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. o);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), h), p) și ț);

h) o dată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (1).

ART. 16

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

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

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

ART. 18

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. b) și c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 19

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, 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 prelabile de soluționare pe cale amiabilă.

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

XIV. Alte clauze

.....
.....

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

Casa de Asigurări de Sănătate
radioterapie
paraclinice
Președinte-director general,
.....

Furnizor de servicii de

Reprezentant legal,
.....

Director executiv
Direcția economică,
.....

Director executiv
Direcția relații contractuale,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

Societatea Comerciala /Unitatea sanitara

ANEXA 1

Farmacia/Unitatea Sanitara.....adresa

Nr Contractincheiat cu CAS.....

NrData

Borderou centralizator PNS

pentru lunaanul

care insoteste factura seria nr...../data

lei

Nr. crt	Bon Fiscal Nr.ordine/ data	Serie si nr.pres criptie	Cod paraf a medi c	CNP /CID asigura t	Nr. card europea n	*Nr. si serie pasaport	Tip formular/ document European	**Tip document	***Tara	Valoare prescrip tie	Valoare la pret de decontare Sublista C2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Nr ord. data										
Total	x x	x	x	x	x	x	x	x	x		

Col (1)-se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente

Coloana(2) nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (8) sau(9)

**se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

***se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6),(8) sau (9)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate pe PNSin luna anterioara.

Se completeaza cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal al SC.Farmacia.....

Societatea Comerciala/Unitatea sanitara

ANEXA 1.1

Farmacia/Unitatea Sanitara.....adresa

Nr Contractincheiat cu CAS.....

NrData

Extras borderou centralizator PNS
retete eliberate pentru titularii de card European
pentru lunaanul

lei

Nr. crt	Bon Fiscal Nr.ordine/ data	Serie si numar prescrip tie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Tara	Nr. card european	Valoare prescrip tie	Valoare la pret de decontare Sublista C2
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Nr ord. data							
Total	x x	x	x	x	x	x		

Col (1)-se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente .

Coloana (2) nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total Coloana (9) este cuprins in total coloana (12) din anexa 1.

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate pe PNS..... in luna anterioara.

Se completeaza cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal al SC.Farmacia.....

Societatea Comerciala/Unitatea sanitara

ANEXA 1.2

Farmacia/Unitatea Sanitara.....adresa

Nr Contractincheiat cu CAS.....

NrData

Extras borderou centralizator PNS.....

**retete eliberate pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale
cu prevederi in domeniul sanatatii**

pentru lunaANUL

lei

Nr. crt	Bon Fiscal Nr.ordine/ data	Serie si numar prescrip tie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	Tip document	Tara	Valoare prescrip tie	Valoare la pret de decontare sublista C2 compensare din care :
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nr.ord data								
Total	x x	x	x	x	x	x	x		

Col (1)-se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente .

Coloana (2) nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total coloana (10) este inclus in total coloana (12) din anexa 1.

*se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal al SC.Farmacia.....

Societatea Comerciala /Unitatea Sanitara

ANEXA 1.3

Farmacia/Unitatea Sanitara.....adresa

Nr Contractincheiat cu CAS.....

NrData

Extras borderou centralizator PNS.....
retete eliberate pentru titularii de formulare europene
pentru lunaanul.....

Nr. crt	Bon Fiscal Nr.ordine/ data	Serie si numar prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. si serie pasaport	Tip formular/ document European	Tara	Valoare prescriptie	Valoare la pret de decontare sublista C2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nr ord. data								
Total	x x	x	x	x	x	x	x		

Col (1)-se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente.

Coloana (2) nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total Coloana (10) este inclusa in total coloana(12) din Anexa 1

Extrasul se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Se completeaza cate un borderou centralizator pentru fiecare PNS.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal al SC.Farmacia.....

Societatea Comerciala/Unitatea Sanitara

ANEXA 1.4

Farmacia/Unitatea Sanitaraadresa

Nr. Contract..... CAS.....

Nr....data.....

**Borderou centralizator DCI –uri pentru boli cronice(PNS) cu aprobarea comisiilor de experti CNAS
pentru lunaanul**

Nr. crt	Bon Fiscal Nr.ordine/ data	Serie si numar prescriptie	Cod parafa medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. si serie pasaport	Tip formular European/ document	**Tip document	***Tara	Valoare prescriptie	Valoare la pret de decontare sublista C2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Nr.ord. data										
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

Se va detalia in subsolul borderoului valoarea la pret de decontare pentru fiecare PNS.

Col (1)-se inscrie nr.crt. care trebuie sa fie acelasi cu nr de ordin pe care il poarta prescriptia medicala indosariata la furnizorul de medicamente

Coloana(2) nu se completeaza in cazul in care prescriptiile au fost eliberate prin farmaciile cu circuit inchis ale unitatilor sanitare pentru tratamentul ambulatoriu

Total Coloana (12) este inclusa in total coloana (12) din anexa 1

*se completeaza numai in situatia completarii coloanei (8) sau(9)

**se completeaza tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri , intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

***se completeaza numai in situatia completarii coloanei (6),(8) sau (9)

Borderoul centralizator se intocmeste in 2 exemplare din care un exemplar se depune in format electronic la CAS pana la data prevazuta in contract , pentru medicamentele eliberate in luna anterioara.

Raspundem de exactitatea si corectitudinea datelor

Semnatura

Reprezentant legal al SC.Farmacia.....

