



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL**

Nr.76/21.02.2022

CĂTRE,

**SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DOMNULUI SECRETAR GENERAL MARIAN NEACȘU**

Inițiator: **Ministerul Sănătății**

Titlul proiectului: **Hotărâre a Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate**

Vă transmitem, alăturat, proiectul de act normativ mai sus menționat în vederea înscrierii pe agenda reuniunii pregătitoare, litera c).

Proiectul de act normativ/document de politici publice a fost transmis în vederea avizării către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Ministerul Finanțelor, Ministerul Justiției, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Apărării Naționale, Serviciul Român de Informații și Academia Română.

Persoana în măsură să ofere relații cu privire la proiectul de act normativ este doamna Ioana Popinceanu având funcția de șef serviciu la Direcția generală de asistență medicală, medicină de urgență și programe de sănătate publică, număr de telefon:021.3072570, e-mail: ioana.popinceanu@ms.ro.

Cu deosebită considerație,

**Secretar general
Carmen Mihaela Bardoș**

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1
Titlul prezentului act normativ
HOTĂRÂRE
privind aprobarea programelor naționale de sănătate

Secțiunea a 2 – a
Motivul emiterii actului normativ

1. Descrierea situației actuale

În prezent, derularea programelor naționale de sănătate se realizează în conformitate cu prevederile:

- titlului II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare;
- Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publice pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017, cu modificările și completările ulterioare;
- Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017, cu modificările și completările ulterioare.

Aceste acte normative asigură cadrul legal al derulării programelor naționale de sănătate până la data de 31 martie 2022. Începând cu data de 1 aprilie 2022 încetează aplicabilitatea prevederilor HG nr. 155/2017 și a normelor tehnice subsecvente, prin ajungerea la termen a acestora. În aceste condiții, conform prevederilor art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este necesară elaborarea și aprobarea unui nou proiect de hotărâre a Guvernului care să reglementeze structura programelor naționale de sănătate, obiectivele acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare implementării și derulării acestora pentru perioada următoare.

2. Schimbări preconizate

Prin intermediul prezentei hotărâri se asigură cadrul legislativ pentru derularea programelor naționale de sănătate. În acest sens, în perioada de aplicabilitate a actului normativ, se are în vedere continuarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate aflate în derulare, dezvoltarea acestora pentru includerea unor noi beneficiari, precum și inițierea unor programe sau activități noi, respectiv renunțarea la unele programe care, în urma evaluării, nu s-au dovedit eficiente.

Astfel, în acord cu prevederile art. 48 alin. (2) lit. a) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora din bugetul Ministerului Sănătății se asigură finanțarea programelor naționale de sănătate publică corespunzătoare domeniilor de intervenție ale asistenței de sănătate publică prevăzute la art. 6 lit. a) - e), h) și i) din cuprinsul legii anterior menționată Ministerul Sănătății asigură coordonarea, derularea și finanțarea unui număr de 13 programe naționale de sănătate publică cu impact major asupra sănătății publice, după cum urmează:

1. Programul național de vaccinare;
2. Programul național de supraveghere și control a bolilor transmisibile prioritare;
3. Programul național de prevenire, supraveghere și control a infecției HIV/SIDA;
4. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
5. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
6. Programul național de securitate transfuzională;
7. Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice*;
8. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
9. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
10. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc;
11. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;

12. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;

13. Programul național de sănătate a femeii și copilului.

Pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică sus enumerate în anul 2022 bugetul aprobat de ordonatorul principal de credite al Ministerului Sănătății este în sumă de 5.952.000 mii lei.

* în coordonare

De asemenea, Casa Națională de Asigurări de Sănătate își asumă responsabilitatea derulării și finanțării unui număr de 14 programe naționale de sănătate curative, după cum urmează:

1. Programul național de boli cardiovasculare;
2. Programul național de oncologie;
3. Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile;
4. Programul național de diabet zaharat;
5. Programul național de tratament al bolilor neurologice;
6. Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei;
7. Programul național de tratament pentru boli rare;
8. Programul național de sănătate mintală;
9. Programul național de boli endocrine;
10. Programul național de ortopedie;
11. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
12. Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;
13. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice;
14. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță

Creditele de angajament aprobate prin Legea bugetului de stat pe anul 2022 nr. 317/2021 pentru implementarea acestor programe naționale de sănătate curative în anul 2022 sunt în sumă de 8.592.881,00 mii lei.

În contextul experienței acumulate în derularea programelor naționale de sănătate, condițiile generale și specifice în ceea ce privește procesul de implementare, coordonare, monitorizare, evaluare și control al acestora, sunt reglementate în mod similar prevederilor actului normativ în vigoare, asigurându-se astfel continuitatea activităților în curs de desfășurare.

Modificările incluse în proiectul de Hotărâre privind aprobarea programelor naționale de sănătate vizează structura și obiectivele acestora după cum urmează:

- stabilirea unui mecanism pentru încheierea contractelor dintre direcțiile de sănătate publică și unitățile de specialitate pentru implementarea programelor de sănătate publică, similar celui prin care se încheie contractele pentru implementarea programelor de sănătate curative între Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, medicamente, cu stabilirea unui termen de contractare și pe baza unor documente ce vor fi prevăzute în normele tehnice, documente care vor fi transmise în format electronic la termenele comunicate pentru perioada de contractare;
- se aduc clarificări cu privire la înființarea unităților de asistență tehnică management a programelor naționale de sănătate publică înființate în cadrul instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății și desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se înființează unitățile de asistență tehnică management a programelor naționale de sănătate publică, structura organizatorică, atribuțiile și finanțarea cheltuielilor ocazionate de organizarea și funcționarea lor, precum și alte condiții necesare funcționării, în conformitate cu prevederile art. 57 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică.

Alte modificări incluse în proiectul de Hotărâre privind aprobarea programelor naționale de sănătate vizează structura și obiectivele acestora după cum urmează:

1. În cuprinsul programelor naționale de sănătate publică finanțat din bugetul Ministerului Sănătății:
 - redefinirea obiectivului pentru Programul național de vaccinare, după cum urmează: Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea populației;
 - reorganizarea tuturor activităților care au ca obiectiv depistarea precoce și asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile în vederea implementării măsurilor de limitare a răspândirii acestora în cadrul unui singur program cu titlul: Programul național de supraveghere și control a bolilor transmisibile prioritare și renunțarea la Programul național de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor. Noua structură va fi compusă din 3 subprograme, după cum urmează:
 - a. Subprogramul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare
 - b. Subprogramul național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale și a rezistenței

microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor

c. Subprogramul național de testare NAAT/RT-PCR;

-reformularea obiectivelor pentru Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, cu păstrarea obiectivelor care pot fi măsurabile, respectiv:

a) reducerea răspândirii infecției HIV/SIDA prin acțiuni specifice de prevenire, precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecția HIV/SIDA și a persoanelor infectate HIV simptomatice;

b) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecție HIV/SIDA; -reformularea obiectivelor pentru Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, după cum urmează:

a) reducerea incidenței, prevalenței și a mortalității TB;

b) creșterea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

- Introducerea Programului național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice cu următoarele subprograme:

a) Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de col uterin;

b) Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de sân;

c) Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul colorectal;

d) Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru depistarea infecțiilor cronice cu virusuri hepatice B/C/D care se desfășoară în regim pilot finanțate din fonduri externe nerambursabile și care în conformitate cu recomandarea Consiliului Europei REC [2003] privind introducerea screeningurilor populaționale pentru cancer, cu ghidurile europene de asigurare a calității în programele de screening pentru cancer și cu planul de parcurs al implementării Planului european de Cancer publicat de C.E în octombrie 2021, se vor extinde la nivel regional și național în baza metodologiilor uniforme de implementare, monitorizare și evaluare.

Acest demers este motivat de necesitatea asigurării cadrului legislativ pentru organizarea unităților de specialitate în vederea extinderii în viitor a acestor proiecte pilot, în conformitate cu metodologiile dezvoltate și pilotate și pentru a asigura implementarea obiectivelor prioritare ale Planului European de Cancer, transpus în România prin Planul Național de Cancer. Renunțarea la Programul național de depistare precoce a cancerului în regim de screening organizat, finanțat din bugetul Ministerului Sănătății, este motivată de existența surselor de finanțare suplimentare provenite din fonduri externe nerambursabile care permit eficientizarea subprogramului de depistare precoce a cancerului de col uterin în regim de screening și a nefuncționalității subprogramului de depistare precoce a cancerului prin determinarea markerilor tumorali la pacienții din grupele de risc, în regim de screening selectiv și înlocuirea lui cu Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice.

- reformularea obiectivelor Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică după cum urmează:

a) promovarea sănătății mintale prin ergoterapie;

b) asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii și adolescenți;

c) creșterea nivelului de competențe ale specialiștilor care lucrează cu persoane cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate și al calității serviciilor medicale acordate acestora, precum și creșterea nivelului de abilități și cunoștințe ale părinților și familiilor persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate.

Deși până în prezent nu s-a realizat nicio activitate pentru realizarea obiectivului de la lit. c), menținerea lui în Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică creează cadrul legal pentru îndeplinirea prevederilor Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate și ale Ordinului comun Ministerului Sănătății, Ministerului Educației Naționale și Cercetării Științifice, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice nr. 968/5194/714/1945/2016, cu modificările și completările ulterioare.

- Renunțarea la Programul național de management al registrelor naționale deoarece obiectivul acestuia, respectiv dezvoltarea, implementarea și managementul registrelor naționale ale bolnavilor cronici face obiectul unui proiectului „Sistem Informatic pentru registrele de sănătate- RegIntermed” finanțat din fonduri externe nerambursabile, al cărui beneficiar este Ministerul Sănătății.

2. În cuprinsul programelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS):

- reorganizarea Programului național de sănătate mintală din cadrul programelor naționale de sănătate curative. Noua structură va fi compusă din 2 subprograme, după cum urmează:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodependență, precum și de monitorizare a evoluției bolii;

2. Subprogramul național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Această reorganizare este justificată prin faptul că se impune transpunerea dispozițiilor articolului 48 alin. (2) lit. b) din Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, conform căruia “programele naționale de sănătate curative care au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, altele decât TBC și HIV/SIDA și transplant de organe, țesuturi și celule, precum și acordarea de servicii medicale și servicii conexe pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, potrivit structurii și obiectivelor stabilite conform art. 51 alin. (4)”.

Totodată, reorganizarea acestui program prin introducerea Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se justifică prin faptul că tulburările din spectrul autist (TSA) reprezintă un grup de tulburări neuropsihiatrice caracterizate printr-o deteriorare calitativă, severă și pervazivă în diverse arii de dezvoltare: aptitudini de interacțiune socială reciprocă, aptitudini de comunicare și prezența unor comportamente, activități sau interese stereotipe. Deteriorările calitative sunt clar deviate în raport cu nivelul de dezvoltare sau cu vârsta mintală a individului. Aceste tulburări sunt vizibile de regulă încă din primii ani de viață.

Subprogramul național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist vizează dezvoltarea de abilități cognitive și competențe emoționale, dezvoltarea limbajului și comunicării sociale, gestionarea comportamentelor patologice și înlocuirea acestora cu comportamente adecvate vârstei, cu scopul creșterii funcționalității persoanei cu TSA. Dintre metodele de intervenție specializată, eficacitatea cea mai mare o au programele de terapie comportamentală, terapia cognitiv-comportamentală și programele de psihopedagogie specială (dintre intervențiile psihopedagogice, logopedia s-a dovedit a fi cea direct implicată în ameliorarea dificultăților de limbaj și comunicare).

Evoluția clinică, în special în cazul copiilor cu afectare TSA comorbidă cu alte tulburări de neurodezvoltare poate fi puternic influențată de momentul diagnosticului și al inițierii terapiei, intervenția specializată precoce (inițiată înaintea vârstei de 3 ani), crescând șansele de recuperare și de creștere a gradului de funcționalitate a acestor persoane.

În cadrul Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se vor acorda servicii conexe de psihoterapie și de logopedie în condițiile stabilite prin Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

- reorganizarea Programului național de boli endocrine, finanțat din bugetul FNUASS în două subprograme distincte: Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu osteoporoză, respective Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferări maligne. Această reorganizare este implementată la propunerea Comisiei de specialitate endocrinologie a Ministerului Sănătății, motivată de specificul diferit al celor două patologii, precum și de criteriile diferite de selecție ale unităților sanitare care pot implementa cele două subprograme.

De asemenea, prin proiectul de act normativ se propune aprobarea termenilor și condițiilor generale referitoare la derularea programelor naționale de sănătate, precum și a structurii și obiectivelor acestora pentru o durată de valabilitate nelimitată în timp. Argumentele pentru susținerea acestei propuneri sunt următoarele:

- temeiul legislativ al elaborării și aprobării prezentei hotărâri, reprezentat de art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, nu prevede ca valabilitatea actului normativ să fie limitată în timp;

- programele naționale de sănătate includ un ansamblu de acțiuni care au un caracter multianual, conform prevederilor art. 48 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- în condițiile modificărilor în politicile și strategiile de sănătate publică, acestea pot fi incluse în structura programelor naționale de sănătate prin modificarea actului normativ de bază, în condițiile prevăzute de Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, cu modificările și completările ulterioare.

- nelimitarea termenului de aplicare va asigura o mai mare predictibilitate atât în procesul implementării programelor naționale de sănătate, cât și al planificării strategice și al bugetării pe programe.

3. Alte informații –

Nu este cazul.

Secțiunea a 3-a

Impactul socio-economic al actului normativ

1. Impact macro-economic

Actul normativ nu se referă la acest subiect

1¹. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat:

Actul normativ nu se referă la acest subiect

2. Impact asupra mediului de afaceri

Actul normativ nu se referă la acest subiect

2¹. Impactul asupra sarcinilor administrative

Actul normativ nu se referă la acest subiect

2². Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii

Actul normativ nu se referă la acest subiect

3. Impact social

Prezentul act normativ stabilește termenii și condițiile derulării programelor naționale de sănătate și, pe cale de consecință, reglementează accesul pacienților la servicii medicale, precum și la medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și altele asemenea.

Programele naționale de sănătate se adresează unor probleme de sănătate publică deosebit de importante din mai multe considerente, între care enumerăm:

- a) potențialul de transmisibilitate al patologiei (tuberculoză, HIV/SIDA);
- b) numărul mare de persoane afectate (cancere, diabet zaharat, boli cardiovasculare);
- c) complexitatea patologiei, care afectează major supraviețuirea și/sau calitatea vieții persoanelor (cancere, diabet zaharat, boli neurologice, boli cardiovasculare, boli rare);
- d) costurile crescute ale diagnosticului și tratamentului, costuri pe care persoanele nu și le-ar permite, în lipsa programelor naționale de sănătate.

Mai mult, programele naționale de sănătate publică se adresează în egală măsură asiguraților și neasiguraților, fapt care permite un control adecvat al problemelor de sănătate publică pentru care sunt concepute și un acces echitabil la servicii de sănătate imperios necesare, inclusiv la servicii de prevenție primară și secundară.

În acest context larg de intervenție, programele naționale de sănătate au următoarele categorii de beneficiari:

- beneficiarii direcți ai intervențiilor și serviciilor furnizate – prin asigurarea unei dezvoltări normale (în cazul copiilor și tinerilor), îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate, îmbunătățirea supraviețuirii și a calității vieții, reintegrarea socio-profesională;
- familiile acestor beneficiari, pentru care scade povara socio-economică și efortul necesar îngrijirii persoanei bolnave;
- comunitățile din care fac parte beneficiarii, de asemenea prin scăderea poverii socio-economice, scăderea nevoilor de susținere socială și prin creșterea productivității persoanelor și familiilor lor;
- întreaga populație a României – prin asigurarea unei dezvoltări normale a copiilor, îmbunătățirea nivelului de educație pentru sănătate și respectiv de conștientizare asupra factorilor de risc, scăderea riscului infecțios privind unele boli transmisibile, inclusiv testarea populației prin metoda NAAT/RT-PCR pentru depistarea infecției SARS-COV2.

Din considerentele sus-menționate, Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate are un impact social major asupra întregii populații a României, prin acoperirea nevoii de sănătate pentru categorii largi de persoane, inclusiv pentru persoane vulnerabile. Implementarea programelor naționale de sănătate are ca deziderat pe termen lung diminuarea diferențelor în starea de sănătate între România și UE și între grupuri defavorizate și situația medie națională.

4. Impact asupra mediului

Actul normativ nu se referă la acest subiect

5. Alte informații

Nu sunt

Secțiunea a 4-a

**Impactul financiar asupra bugetului general consolidat,
atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung (pe 5 ani)**

- în mii lei (RON) -

Indicatori	Anul curent	Următorii patru ani				Media pe cinci ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. impozit pe profit ii. impozit pe venit b) bugete locale i. impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. contribuții de asigurări	Prin Legea bugetului de stat pe anul 2022 nr. 317/2021 au fost aprobate credite de angajament în valoare de 186.600,00 mii lei pentru implementarea și derularea Subprogramului					

	național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, începând cu 01 aprilie 2022.					
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care:						
a) buget de stat, din acesta:						
i. cheltuieli de personal						
ii. bunuri și servicii						
b) bugete locale:						
i. cheltuieli de personal						
ii. bunuri și servicii						
c) bugetul asigurărilor sociale de stat:						
i. cheltuieli de personal						
ii. bunuri și servicii						
3. Impact financiar, plus/minus, din care:						
a) buget de stat						
b) bugete locale						
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare						
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare						
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare						
7. Alte informații						
Nu au fost identificate.						

Secțiunea a 5-a
Efectele proiectului actului normativ asupra legislației în vigoare

1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor actului normativ

a) *acte normative care se modifică sau se abrogă ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ:*

- HG nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2017, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul președintelui CNAS nr. 245/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2017, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății nr. 722/2017 pentru aprobarea machetelor fără regim special pentru aprobarea indicatorilor specifici programelor /subprogramelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018.

b) *acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții*

- Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în anul 2022;
- Ordin al președintelui CNAS pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în anul 2022.

1¹. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

2. Conformitatea actului normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare:

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

<p>6. Alte informații Nu sunt.</p>
<p>Secțiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării actului normativ</p>
<p>1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate organizare de consultări cu Servicul de informații externe, Servicul de telecomunicații speciale</p>
<p>2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul actului normativ Asigurarea modului de raportare a privind efectuarea testării RT_PCR, respectiv a vaccinării</p>
<p>3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care actul normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr.521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative Organizare consultări cu structurile asociative</p>
<p>4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>5. Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ - Se supune avizului Consiliului Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social - Se supune avizului Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței -Se supune avizului Consiliului Concurenței e) Curtea de Conturi</p>
<p>6. Alte informații Nu sunt.</p>
<p>Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea actului normativ</p>
<p>1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ Proiectul de act normativ respectă prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată. Proiectul de act normativ a fost postat pe site-ul Ministerului Sănătății, instituție competentă a elabora proiectul, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, la data</p>
<p>2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării actului normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice Informarea societății civile s-a realizat în perioada de consultărilor publice.</p>
<p>3. Alte informații Nu sunt</p>
<p>Secțiunea a 8-a Măsuri de implementare</p>
<p>1. Măsurile de punere în aplicare a actului normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente Nu se prevede înființarea de noi organisme de stat pentru punerea în aplicare a prezentei hotărâri.</p>

În acest sens, a fost întocmit proiectul de Hotărâre a Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate, pe care îl supunem spre aprobare.

**p. Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
Conf. univ. dr. Adela COJAN**

Ministrul Sănătății



Prof. univ. dr. Alexandru RAFILA

Avizatori:

VICEPRIM-MINISTRU

Sorin Mihai Grindeanu, ministrul transporturilor și infrastructurii

**Ministrul Justiției
Marian-Cătălin PREDOIU**

**Ministrul Finanțelor
Adrian CĂCIU**

**Ministrul Apărării Naționale
Vasile DÎNCU**

**Ministrul Afacerilor Interne
Lucian Nicolae BODE**

**Academia Română
Acad. Ioan-Aurel POP – președinte**

**SERVICIUL ROMÂN DE INFORMAȚII
Eduard Raul Hellvig**

HOTĂRÂRE

PRIVIND APROBAREA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

În temeiul art.108 din Constituția României, republicată, și al art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. - (1) Se aprobă programele naționale de sănătate publică derulate de Ministerul Sănătății:

- a) Programul național de vaccinare;
- b) Programul național de supraveghere și control a bolilor transmisibile prioritare
- c) Programul național de prevenire, supraveghere și control a infecției HIV/SIDA;
- d) Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
- e) Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- f) Programul național de securitate transfuzională;
- g) Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice
- h) Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
- i) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- j) Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc;
- k) Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;
- l) Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
- m) Programul național de sănătate a femeii și copilului.

(2) Se aprobă programele naționale de sănătate curative derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

- a) Programul național de boli cardiovasculare;
- b) Programul național de oncologie;
- c) Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile;
- d) Programul național de diabet zaharat;
- e) Programul național de tratament al bolilor neurologice;
- f) Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei;
- g) Programul național de tratament pentru boli rare;
- h) Programul național de sănătate mintală;
- i) Programul național de boli endocrine;
- j) Programul național de ortopedie;
- k) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- l) Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;
- m) Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice;
- n) Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță

Art. 2. - (1) Structura și obiectivele programelor naționale de sănătate prevăzute la art. 1 sunt cuprinse în anexa nr. 1.

(2) Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, numite în continuare norme tehnice, se aprobă conform prevederilor art. 51 alin. (5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

(3) Normele tehnice reglementează următoarele domenii, după caz:

- a) cadrul general de realizare a programelor naționale de sănătate;
- b) termenii și condițiile privind finanțarea sau, după caz, decontarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, precum și a serviciilor achiziționate de unitățile de specialitate, respectiv a serviciilor medicale și serviciilor conexe pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist (denumite în continuare servicii conexe), realizate și raportate de acestea în cadrul programelor naționale de sănătate;
- c) achiziția medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și a serviciilor în cadrul programelor naționale de sănătate;
- d) modalitatea de prescriere și eliberare a medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea în cadrul programelor naționale de sănătate;
- e) condițiile privind acordarea în cadrul programelor naționale de sănătate a serviciilor medicale, serviciilor conexe pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;
- f) atribuțiile și obligațiile specifice în derularea programelor naționale de sănătate;
- g) controlul derulării programelor naționale de sănătate;
- h) criteriile de selecție a unităților de specialitate pentru includerea în programele naționale de sănătate;
- i) repartizarea creditelor de angajament și a creditelor bugetare alocate pe programe naționale de sănătate;
- j) cheltuielile eligibile în cadrul programelor naționale de sănătate;
- k) modele de contracte pentru implementarea programelor naționale de sănătate și documentele necesare pentru încheierea acestora;
- l) condiții specifice pentru implementarea programelor naționale de sănătate;
- m) unitățile de specialitate prin care se implementează programele naționale de sănătate curative.

Art. 3. - (1) Programele naționale de sănătate publică se finanțează din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății.

(2) Programele naționale de sănătate curative se finanțează de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond.

(3) Programele naționale de sănătate prevăzute la alin. (1) și (2) se finanțează și din fonduri externe rambursabile și nerambursabile, din venituri proprii, inclusiv din donații și sponsorizări, precum și din alte surse, în condițiile legii.

(4) Sumele alocate pentru implementarea 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. 4. - (1) Unitățile de specialitate care realizează implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt:

- a) instituții publice;
- b) furnizori publici de servicii medicale din:
 - b1. subordinea Ministerului Sănătății;
 - b2. rețeaua autorităților administrației publice locale;
 - b3. rețeaua ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- c) furnizori privați de servicii medicale, pentru serviciile medicale care depășesc capacitatea furnizorilor publici de servicii medicale;

(2) Unitățile de specialitate care realizează implementarea programelor naționale de sănătate curative sunt:

- a) furnizori publici de servicii medicale;

b) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale;

c) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

(3) Selecția unităților de specialitate se realizează în baza criteriilor de evaluare elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

Art. 5. - (1) Instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății asigură implementarea programelor naționale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(2) Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, denumite în continuare direcțiile de sănătate publică, asigură:

a) implementarea programelor naționale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii, în condițiile prevăzute în normele tehnice;

b) coordonarea, monitorizarea și controlul implementării programelor naționale de sănătate publică în baza contractelor încheiate cu instituții publice, furnizori publici de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și cu furnizori privați de servicii medicale, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(3) Implementarea programelor naționale de sănătate curative se realizează prin unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin (2) în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(4) Unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (2) care au încheiate contracte conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărâre a Guvernului, pot încheia, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, contracte cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte pentru implementarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice sau a Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică cu furnizori de servicii medicale care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii medicale, sunt autorizați și fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare.

(6) Pentru derularea Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, încheie contracte cu unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică. Serviciile conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, sunt denumite în continuare servicii conexe.

Art. 6. - (1) Raporturile dintre direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (1), lit. a), lit. b), pct. b2. și b3. și lit. c), respectiv alin. (2) sunt raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate, după caz și stipulate în acte adiționale, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

(2) Modelele de contracte pentru implementarea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice care sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătății precum și prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate. Utilizarea acestor modele de contracte este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate, după caz, între părțile contractante, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Direcțiile de sănătate publică, respectiv casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor, însoțite de documentele prevăzute de normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, după caz necesare încheierii contractelor pentru implementarea programelor naționale de sănătate, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile de internet ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a cererilor și documentelor însoțitoare, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului limită de încheiere a acestora.

(4) În cazul în care unitățile de specialitate depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate și nu participă la încheierea contractelor în termenele stabilite, acestea nu vor mai realiza implementarea programelor naționale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii și notificate de îndată direcției de sănătate publică sau casei de asigurări de sănătate, după caz.

(5) Direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate pot stabili, prin act administrativ al conducătorului instituției și alte termene de contractare decât cele prevăzute la alin. (3), în funcție de necesarul de servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate pentru implementarea fiecărui program național de sănătate.

(6) În vederea intrării în relație contractuală cu direcțiile de sănătate publică pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică, unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (1), lit. b), pct. b2. și b3. și lit. c) au obligația de a depune/de a transmite în format electronic, asumate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului, documentele prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al Ministrului Sănătății, la termenele stabilite pentru contractare. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(7) În vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (2) au obligația de a depune/de a transmite în format electronic, asumate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului, documentele prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, la termenele stabilite pentru contractare. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(8) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse / transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se depun / transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

Art. 7. (1) Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează de către unitățile de specialitate cu încadrarea în limita fondurilor alocate cu această destinație.

(2) Ministerul Sănătății, în calitate de ordonator principal de credite, repartizează creditele de angajament și creditele bugetare aprobate în vederea implementării programelor naționale de sănătate publică pentru bugetele instituțiilor publice și ale furnizorilor publici de servicii medicale din subordinea sa, ai căror conducători sunt ordonatori secundari sau terțiari de credite, după caz, cu încadrarea în limita bugetului aprobat.

(3) Sumele prevăzute în bugetul instituțiilor publice și furnizorilor publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății se utilizează pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii. Sumele prevăzute în bugetul direcțiilor de sănătate publică se utilizează pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii sau, după caz, se alocă instituțiilor publice, furnizorilor de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și furnizorilor privați de servicii medicale, după caz, în baza contractelor încheiate cu aceștia.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate creditele de angajament și creditele bugetare destinate implementării programelor naționale de sănătate curative, în urma analizei efectuate de structurile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a cererilor fundamentate transmise de casele de asigurări de sănătate, întocmite pe baza solicitărilor unităților de specialitate de la nivel local, ținând cont și de indicatorii fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

(5) Sumele prevăzute în bugetul Fondului pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative se alocă în baza contractelor încheiate distinct între unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (2) și casele de asigurări de sănătate.

Art. 8. (1) Creditele de angajament și bugetare alocate pentru implementarea programelor naționale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale instituțiilor publice sau furnizorilor publici de servicii medicale, respectiv în veniturile furnizorilor privați de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea.

(2) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația de a publica pe pagina de internet proprie bugetul de venituri și cheltuieli, respectiv veniturile realizate în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate, după caz, precum și execuția, detaliat pentru fiecare program național de sănătate.

Art. 9. - (1) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația de a efectua numai cheltuieli eligibile prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita creditelor de angajament aprobate, precum și obligația de a utiliza creditele bugetare numai în limita prevederilor și a destinațiilor aprobate.

(2) Ministerul Sănătății asigură sumele pentru finanțarea cheltuielilor eligibile efectuate în cadrul programelor naționale de sănătate publice în baza centralizărilor lunare transmise de unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, a cererilor fundamentate ale unităților de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (1). Cererile fundamentate ale unităților de specialitate sunt întocmite cu respectarea prevederilor art. 58 alin. (3) din Legea 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și sunt însoțite de borderoul centralizator al bunurilor și serviciilor achiziționate, al serviciilor medicale realizate și raportate sau, după caz, al cheltuielilor de personal efectuate în condițiile legii pentru realizarea activităților prevăzute în cadrul programelor, în conformitate cu prevederile normelor tehnice, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(3) Direcțiile de sănătate publică decontează unităților de specialitate aflate în relație contractuală pentru implementarea programelor naționale de sănătate publice bunurile și serviciile achiziționate, serviciile medicale realizate și raportate sau, după caz, cheltuielile de personal

efectuate în condițiile legii pentru realizarea activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate publică potrivit contractului încheiat. Decontarea se realizează în baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, întocmite cu respectarea prevederilor art. 58 alin. (3) din Legea 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și sunt însoțite de borderoul centralizator al bunurilor și serviciilor achiziționate, al serviciilor medicale realizate și raportate sau, după caz, al cheltuielilor de personal efectuate, precum și de documente justificative certificate prin semnătura reprezentanților legali ai unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate publică și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(4) Sumele aprobate pentru decontarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, serviciilor medicale, serviciilor conexe acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților de specialitate aflate în relație contractuală pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, a serviciilor medicale, precum și a serviciilor conexe, acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative, certificate pentru realitatea, regularitatea și legalitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(6) Finanțarea sau, după caz, decontarea cheltuielilor eligibile efectuate de unitățile de specialitate pentru implementarea programelor naționale de sănătate se realizează la nivelul:

- a) tarifului per serviciu medical prevăzut în normele tehnice;
- b) tarifului per serviciu stabilit și contractat în condițiile legii de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate publică;
- c) preului de decontare aprobat în condițiile legii pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea care se acordă beneficiarilor programelor naționale de sănătate prin farmaciile cu circuit deschis;
- d) preului de achiziție al bunurilor achiziționate în condițiile legii de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate, care pentru medicamentele acordate prin farmaciile cu circuit închis nu poate depăși preul de decontare aprobat în condițiile legii;
- e) cheltuielilor cu salariile, sporurile, indemnizațiile și alte drepturi salariale în bani, precum și a contribuțiilor aferente acestora pentru personalul care desfășoară activități prevăzute în normele tehnice, stabilite în condițiile legii de ordonatorul de credite al unității de specialitate care implementează programele naționale de sănătate publică;
- f) tarifului per serviciu conexe prevăzut în normele tehnice.

Art. 10. - (1) Finanțarea sau, după caz, decontarea cheltuielilor eligibile în cadrul programelor naționale de sănătate publică se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în ordine cronologică a înregistrării acestora în contabilitate, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor prevăzute la art. 9 alin. (2) și (3), cu excepția cheltuielilor prevăzute la art. 9 alin. (6) lit. e) care se finanțează sau, după caz, se decontează într-un termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor;

(2) Decontarea pentru programele naționale de sănătate curative se efectuează de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în termen de

până la 60 de zile calendaristice de la data acordării vizei de "bun de plată", cu excepția serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, serviciilor medicale paraclinice, serviciilor conexe, serviciilor de dializă și a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturilor și acordării vizei de "bun de plată".

Art. 11. - (1) Instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale care implementează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal al beneficiarilor programului, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), după caz.

(2) Furnizorii privați de servicii medicale, precum și furnizorii privați de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale care implementează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program național de sănătate, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679, a beneficiarilor programului, după caz.

(3) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația să raporteze și să înregistreze activitatea realizată în registrele naționale ale bolnavilor cu afecțiuni cronice incluse în cadrul acestora, în formatul și în condițiile prevăzute de actele normative în vigoare, începând cu data la care acestea sunt operaționale.

Art. 12. - (1) Ordonatorii de credite ai unităților de specialitate care implementează programele naționale de sănătate publică răspund de implementarea și monitorizarea activităților prevăzute în normele tehnice, de corectitudinea și raportarea indicatorilor realizați în procesul implementării programelor naționale de sănătate publică, de angajarea cheltuielilor în limita creditelor de angajament și de utilizarea creditelor bugetare numai în limita prevederilor și a destinațiilor aprobate, precum și de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate.

(2) Controlul derulării programelor naționale de sănătate publică se exercită de către structura cu atribuții de control din cadrul Ministerului Sănătății.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite structurii cu atribuții în elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății, trimestrial, anual și ori de câte ori este nevoie, indicatorii fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative, precum și modul în care acestea sunt derulate.

Art. 13. (1) 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.

(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile sunt aferente

angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

(3) Cheltuielile realizate în luna decembrie a anului precedent, peste limita maxima în cadrul căreia s-au încheiat angajamente legale, și nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea utilizate în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și pentru servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, servicii medicale paraclinice, servicii conexe, servicii de dializă și serviciile de radioterapie, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

Art. 14. - (1) Serviciile medicale, respectiv serviciile medicale prin tratament Gamma Knife, serviciile medicale de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciile medicale de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, serviciile medicale paraclinice, serviciile conexe, serviciile de radioterapie și serviciile de dializă, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altor asemenea în cadrul unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative validate și decontate din bugetul alocat cu această destinație se pot acorda concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală spitalicească.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), dacă bolnavul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ.

Art. 15. - (1) Procedurile de achiziție publică a produselor și serviciilor necesare pentru implementarea programelor naționale de sănătate se realizează în conformitate cu prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractului de achiziție publică/acordului-cadru aprobate prin HG nr. 395/2016, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile incluse în ordinul ministrului sănătății aprobat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2012 privind desemnarea Ministerului Sănătății ca unitate de achiziții publice centralizată, cu modificările și completările ulterioare, Ministerul Sănătății, prin unitatea de achiziții publice centralizate, poate efectua achiziții publice centralizate. Lista programelor naționale de sănătate în cadrul cărora se realizează achiziții centralizate este prevăzută în normele tehnice. Prețul medicamentelor rezultat ca urmare a achizițiilor publice centralizate nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(3) Ca urmare a achizițiilor centralizate prevăzute la alin. (2), unitatea de achiziții publice centralizată, respectiv Ministerul Sănătății, încheie acorduri-cadru cu operatorii economici desemnați câștigători, în numele și pentru instituțiile publice aflate în subordinea sau coordonarea sa, furnizorii publici de servicii medicale din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și pentru furnizorii publici de servicii medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(4) În baza acordurilor-cadru încheiate conform prevederilor alin. (3), instituțiile publice aflate în subordinea sau coordonarea Ministerului Sănătății, furnizorii publici de servicii medicale din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și furnizorii publici de servicii medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii încheie și derulează contracte subsecvente cu operatorii economici semnatari ai acordurilor-cadru, cu avizul Ministerului Sănătății.

(5) Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile incluse în ordinul ministrului sănătății aprobat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2012, cu modificările și completările ulterioare, până la finalizarea implementării la nivel național a sistemului centralizat de achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și servicii, Ministerul Sănătății poate aproba, prin excepție, desfășurarea de achiziții de către unitățile sanitare publice care implementează programe naționale de sănătate.

(6) Achiziționarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și serviciilor cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (2) – (5) se realizează de instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale care implementează programele naționale de sănătate, cu respectarea legislației din domeniul achiziției publice, la un preț de achiziție, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

Art. 16. - (1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suportă la nivelul prețului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se DCI, iar în cazuri justificate medical, în cazul produselor biologice, precum și în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a DCI corespunzătoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a prețurilor de decontare a medicamentelor și a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data aprobării prețului.

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

a) dacă în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu este efectuată o analiză de impact financiar pentru care să fie alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale menționate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România.

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

unitate terapeutică, după caz, aferent denumirilor comerciale menționate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale.

(4) În situația în care se constată că deținătorul autorizației de punere pe piață nu asigură prezența medicamentelor pe piață, potrivit prevederilor titlului XVIII din Legea 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei acestora de pe piață de către Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România sau de către Ministerul Sănătății, instituțiile abilitate exclud respectivele medicamente din lista prevăzută la alin. (2).

(5) Pentru DCI-urile incluse condiționat în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în lista prevăzută la alin. (2) se includ medicamentele prevăzute în contractele cost-volum, încheiate între deținătorii autorizațiilor de punere pe piață/reprezentanții legali ai acestora și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 17. - (1) Obligațiile unităților de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (1) în implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Obligațiile unităților de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative, sancțiunile precum și condițiile de reziliere, încetare și suspendare a contractelor sunt prevăzute în anexa nr. 2.

(3) Casele de asigurări de sănătate aflate în relații contractuale cu unități de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative au următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina de internet 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 de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare și altor asemenea sau investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau 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, serviciilor conexe, medicamentele, materialele sanitare specifice și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și altele asemenea acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care

se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(4) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (3), au obligația de a publica pe pagina de internet proprie creditele de angajament și cele bugetare, aprobate 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) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu privire la unitățile sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ precum și de a publica pe pagina de internet proprie lista cuprinzând aceste unități sanitare.

(6) Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și casele de asigurări de sănătate organizează și efectuează controlul furnizării serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altelor asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

Art. 18. - (1) Pentru implementarea activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate publică, unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (1) pot aplica prevederile art. 52 alin. (3) - (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Activitățile pentru care se utilizează personalul în condițiile alin. (1) sunt prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 19. - Asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate publică se realizează prin unități de asistență tehnică management a programelor naționale de sănătate publică înființate în cadrul instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății. Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se înființează unitățile de asistență tehnică management a programelor naționale de sănătate publică, structura organizatorică, atribuțiile și finanțarea cheltuielilor ocazionate de organizarea și funcționarea lor, precum și alte condiții necesare funcționării se realizează în conformitate cu prevederile art. 57 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică.

Art. 20. - (1) Imunizarea populației este un serviciu medical preventiv esențial oferit de toți medicii de familie pentru asigurații înscriși pe lista proprie sau a altor cabinete, precum și pentru neasigurații în condițiile prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Furnizorii de servicii medicale care acordă servicii medicale de vaccinare pentru imunizarea populației în cadrul Programului național de vaccinare pot primi vaccinurile achiziționate de către Ministerul Sănătății în baza contractelor de furnizare a vaccinurilor încheiate cu direcțiile de sănătate publică, în condițiile prevăzute prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 21 - Produsele achiziționate de Ministerul Sănătății prin licitații publice organizate la nivel național sunt furnizate autorităților administrației publice locale sau, după caz, furnizorilor de servicii medicale, pentru a fi utilizate la realizarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate publică, în baza contractelor de furnizare de produse încheiate cu direcțiile de sănătate publică, în condițiile prevăzute prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 22. - La implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de bunuri reprezentate prin medicamente, materiale sanitare, reactivi, dezinfectanți și altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 23. - În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma analizei trimestriale a indicatorilor raportați și în funcție de realizarea obiectivelor și activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 24 În cadrul Subprogramului de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți și Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în normele tehnice, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizați în normele tehnice care au efectuat diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

Art. 25. - (1) Pentru tehnica de calcul și programele informatice achiziționate în vederea derulării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcțiile de sănătate publică și cabinetele de medicină de familie.

(2) Tehnica de calcul și programele informatice atribuite în folosință gratuită cabinetelor de medicină de familie în condițiile prevăzute la alin. (1) se utilizează pentru monitorizarea persoanelor incluse în programele naționale de sănătate, precum și pentru derularea unor programe naționale de sănătate la nivelul cabinetelor de medicină de familie.

(3) Pentru bunurile prevăzute la alin. (1) a căror durată normală de utilizare este îndeplinită, iar starea tehnică nu mai permite exploatarea lor în continuare, se inițiază procedurile de casare potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 26. - (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe pagina de internet proprie, serviciile medicale, serviciile conexe asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative se acordă în regim off-line. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale și servicii conexe care derulează programe naționale de sănătate curative, a serviciilor acordate în regim off-line pe perioada întreruperii funcționării PIAS și a serviciilor acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de servicii medicale și servicii conexe care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării PIAS în perioada de raportare a serviciilor.

Art. 27. - (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea PIAS constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe pagina de internet proprie, furnizorii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea eliberează în sistem off-line medicamentele sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale on-line și off-line, în condițiile prevăzute de normele tehnice. În aceste situații medicamentele sau materialele sanitare prescrise nu se eliberează fracționat. Transmiterea în PIAS, de către furnizori a medicamentelor sau materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în regim off-line pe perioada întreruperii funcționării PIAS se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de medicamente și materiale sanitare specifice programelor naționale de sănătate curative care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării PIAS în perioada de raportare a medicamentelor sau a materialelor sanitare eliberate.

Art. 28 - Serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate sau, după caz, eliberate off-line în cadrul programelor naționale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

Art. 29. - Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, pentru ziua, sau după caz, zilele în care sunt constatate întreruperi în funcționarea PIAS în condițiile art. 26-28. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate off-line și/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilității de a utiliza on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS -, ca urmare a întreruperii funcționării acestuia, și se publică pe pagina de internet a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 30. - Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile Regulamentului UE 2016/679, Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), cu modificările ulterioare, precum și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 31 - În scopul limitării răspândirii infecției cu virusul SARS-CoV-2 în rândul populației, ținând cont de evoluția situației epidemiologice la nivel național, în derularea programelor naționale de sănătate curative se stabilesc unele dispoziții, prevăzute în anexa nr. 3, dispoziții aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2.

Art. 32. - (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 01.04.2022.

(2) La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul

Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă.

(3) Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea pentru anii 2017 - 2018 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actele adiționale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2022.

Art. 33. - Anexele nr. 1-3 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ

STRUCTURA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE ȘI OBIECTIVELE ACESTORA

A. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ FINANȚATE DIN BUGETUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

I. Programul național de vaccinare

Obiectiv:

Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea populației.

II. Programul național de supraveghere și control a bolilor transmisibile prioritare

Obiectiv:

Depistarea precoce și asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile în vederea implementării măsurilor de limitare a răspândirii acestora.

Structură:

1. Subprogramul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare;
2. Subprogramul național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale și a rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor;
3. Subprogramul național de testare NAAT/RT-PCR.

III. Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA

Obiective:

- a) reducerea răspândirii infecției HIV/SIDA prin acțiuni specifice de prevenire, precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecția HIV/SIDA și a persoanelor infectate HIV simptomatice;
- b) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecție HIV/SIDA;

IV. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei

Obiective:

- a) reducerea incidenței, prevalenței și a mortalității TB;
- b) creșterea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

V. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă

Obiectiv:

Protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanți din mediul de viață și muncă.

VI. Programul național de securitate transfuzională

Obiectiv:

Asigurarea cu sânge și componente sanguine, în condiții de maximă siguranță.

VII. Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice

Obiectiv:

Reducerea poverii bolilor cronice cu impact asupra sănătății publice prin programe organizate de screening.

Structură:

- a) Subprogramul de screening organizat pe baze populare pentru cancerul de col uterin;
- b) Subprogramul de screening organizat pe baze populare pentru cancerul de sân;
- c) Subprogramul de screening organizat pe baze populare pentru cancerul colorectal;
- d) Subprogramul de screening organizat pe baze populare pentru depistarea infecțiilor cronice cu virusuri hepatice B/C/D;

VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică

Obiective:

- a) promovarea sănătății mintale prin ergoterapie;
- b) asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii și adolescenți;
- c) creșterea nivelului de competențe ale specialiștilor care lucrează cu persoane cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate și al calității serviciilor medicale acordate acestora, precum și creșterea nivelului de abilități și cunoștințe ale părinților și familiilor persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate.

IX. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

Obiective:

- a) creșterea numărului de donatori vii, de donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;
- b) creșterea accesului bolnavilor cu indicație pentru transplant la proceduri de transplant de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană și la evaluarea periodică post-transplant;
- c) dezvoltarea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
- g) tratamentul infertilității cuplului.

Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînrușiți;
3. Subprogramul de fertilizare in vitro și embriotransfer.

X. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc

Obiectiv:

Îmbunătățirea depistării deficitului de vitamină D la pacienții din grupele de risc

XI. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul dietetic al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice.

XII. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate

Obiectiv:

Îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin promovarea unui stil de viață sănătos și combaterea principalilor factori de risc:

Structură:

1. Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;

2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun.

XIII. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

- a) îmbunătățirea stării de sănătate a copilului;
- b) îmbunătățirea stării de sănătate a femeii;

Structură:

1. Subprogramul de nutriție și sănătate a copilului;
2. Subprogramul de sănătate a femeii.

B. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE FINANȚATE DIN BUGETUL FONDULUI NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

I. Programul național de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

- a) proceduri de cardiologie intervențională;
- b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- c) proceduri de chirurgie vasculară;
- d) proceduri de cardiologie intervențională pentru malformațiile cardiace.

II. Programul național de oncologie

Obiective:

- a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- b) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice
- c) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- d) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- e) diagnosticul și monitorizarea leucemiilor acute;
- f) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne

Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT
3. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
4. Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
5. Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară;
6. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom)

III. Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile

Obiectiv: tratamentul surdității prin proteze auditive implantabile.

IV. Programul național de diabet zaharat

Obiective:

- a) prevenția secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA_{1c})];

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

Structură:

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

V. Programul național de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă.

VI. Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei.

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie.

VII. Programul național de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

VIII. Programul național de sănătate mintală

Obiective:

- a) asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicod dependență, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia;
- b) acordarea intervențiilor specializate pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Structură:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicod dependență, precum și de monitorizare a evoluției bolii;
2. Subprogramul național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

IX. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză, bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferării maligne.

Structură:

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

X. Programul național de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

- a) bolnavilor cu afecțiuni articulare prin endoprotezare;

- b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;
- c) bolnavilor cu diformități de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană;
- d) bolnavilor cu patologie tumorală, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală;
- e) tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare.

XI. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

Obiective:

- a) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant;
- b) tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic.

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

Obiective:

Asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienților.

XIII. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv: tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică.

XIV. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță

Obiective:

- a) asigurarea investigațiilor diagnostice și a tratamentului unor afecțiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanță;
- b) tratamentul bolnavilor cu maladia Parkinson prin implantarea dispozitivelor de stimulare profundă;
- c) tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos prin proceduri microchirurgicale sau prin implantarea unui dispozitiv medical: stimulator al nervului vag sau dispozitiv de stimulare cerebrală profundă;
- d) tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită, prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;
- e) tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular;
- f) tratamentul de stimulare profundă cerebrală la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxină botulinică.

Structură:

1. Subprogramul de radiologie intervențională
2. Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil
4. Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

OBLIGAȚIILE UNITĂȚILOR DE SPECIALITATE AFLATE ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU FINANȚAREA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE, SANȚIUNILE PRECUM ȘI CONDIȚIILE DE REZILIERE, ÎNCETARE ȘI SUSPENDARE A CONTRACTELOR

CAPITOLUL I

Unitățile sanitare cu paturi

SECȚIUNEA 1

Obligațiile unităților sanitare cu paturi

Art. 1 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile sanitare cu paturi au următoarele obligații:

- a) să furnizeze medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea precum și servicii medicale, bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare și să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- b) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;
- c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unitățile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;
- d) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate: factura, însoțită de documentele justificative, în vederea decontării medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate precum și a serviciilor medicale acordate, în 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; Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;
- e) să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

- f) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;
- h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.
- i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
- j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- k) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale, acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestuia, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

- l) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. k), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
- m) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;
- n) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, și altele asemenea, precum și pentru servicii medicale care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;
- o) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora, precum și cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, precum și a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista 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;
- p) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.
- q) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe subdiviziunile clasificăției bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;
- r) să achiziționeze, în condițiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ-valorice, în condițiile legii, la nivelul prețului de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare;
- s) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, pe DCI-uri precum și pe DCI-urile care fac obiectul contractelor cost-volum;

- ș) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line/copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;
- t) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, pentru medicamente din cadrul programelor naționale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere.
- ț) 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.
- u) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare; în vederea asigurării tratamentului cu medicamente biologice, precum și în cazul medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea acestora în foaia de observație clinică generală/foaia de spitalizare de zi se realizează pe denumire comercială. În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului, în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor
- 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, efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- w) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
- x) 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;
- y) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;
- z) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a

cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

aa) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, și altele asemenea pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ab) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, și altele asemenea asigurate potrivit prevederilor lit. z) și aa) și decontate din bugetul FNUASS;

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

ad) să asigure bolnavului care se află în spitalizare continuă transportul medicalizat, după caz, în vederea efectuării serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

ae) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naționale curative de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, ortopedie și boli cardiovasculare, după caz. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operational în cadrul sistemului de asigurări sociale de sanatate din Romania;

af) 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.

ag) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ah) să transmită integral toate cazurile care au beneficiat de materiale sanitare specifice în cadrul programului național de ortopedie, către Registrul Național de Endeprotezare (R.N.E.) conform Procedurii de Raportare a R.N.E., prin intermediul formularelor standardizate, cu frecvența lunară către R.N.E.

SECȚIUNEA 2

Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu unitățile sanitare cu paturi

Art. 2 - (1) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 1 lit. a) - c), e)-h), j), m) o)-s), u), w), y), z), aa), ad), ae), af) și ah) atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5 % din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul/activitatea respectivă;

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

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul/activitatea respectivă.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 1 lit. v) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru a unui procent de 1%, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul /subprogramul/activitatea respectiv.

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 2% față de procentul prevăzut la lit. a) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

c) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către unitățile sanitare cu paturi a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 1 lit. n), ș)- ț), ab), ac), ag) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art.1 lit. x), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescrip ie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la art. 1 lit. x) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor

aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică unitatea sanitară în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; unitatea sanitară are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația unității sanitare, aduce la cunoștința acesteia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării unității sanitare, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru unitățile sanitare care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 3 - (1) Contractul încheiat de către unitățile sanitare cu paturi pentru furnizare de servicii medicale în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suspendă printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situații:

a) nu mai îndeplinesc condițiile de acordare a tratamentului specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

(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, fuziune, prin divizare sau prin transformare, contractele pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național de sănătate curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

Art. 4 - (1) Contractul încheiat de către unitățile sanitare cu paturi cu casele de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voință al părților;

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

CAPITOLUL II

Furnizorii de medicamente/ materiale sanitare specifice /dispozitive medicale specifice

SECȚIUNEA 1

Obligațiile furnizorilor de medicamente/ materiale sanitare specifice /dispozitive medicale specifice

Art. 5 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente/ materiale sanitare specifice /dispozitive medicale specifice au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele C - secțiunea C2, din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările ulterioare;

b) să furnizeze medicamente/ materiale sanitare specifice /dispozitive medicale specifice bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, în mod

nediscriminatoriu, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

c) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă/calificată factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

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

e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operational în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor/materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligați să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

i) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea eliberării medicamentelor se face prin semnătura electronică extinsă/calificată a farmacistului, iar asumarea transmiterii celorlalte documente

aferente derulării contractului se va face prin semnătura electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

j) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele, materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice eliberate 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;

k) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

l) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

m) să se aprovizioneze, în maximum 48 de ore cu medicamentele și materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens, în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017 privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente;

n) să verifice prescripțiile medicale off-line în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

o) să respecte modul de eliberare a medicamentelor, materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, în condițiile stabilite prin normele tehnice;

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

q) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative din prescripțiile medicale, indiferent 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;

r) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", în fața primitorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line, în condițiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice din farmacie în cadrul sumei respective;

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

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

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

ț) să elibereze materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative precum și medicamente al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați; în cazul în care prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât prețul de decontare, farmacia poate încasa de la asigurați, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare;

u) să nu elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;

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

v1) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naționale curative de oncologie și diabet zaharat, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

v2) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

v3) bolnavii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

w) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitivele medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, și să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, însoțit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

x) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

y) să elibereze, conform prevederilor legale în vigoare și să întocmească evidențe distincte în condițiile prevăzute în norme pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum;

z) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit legii;

aa) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției medicale, potrivit prevederilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA 2

Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de medicamente/ materiale sanitare specifice /dispozitive medicale specifice

Art. 6 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și

prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației de la art. 5 t), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. a), b), d), e), f), h), j)-ș), ț), v)-y) și aa) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. m) nu se aplică diminuări ale sumei convenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligației prevăzute la art. 5 lit. c) privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente în ambulatoriu din documentele necesare transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum și în cazul în care se constată eliberarea și raportarea de medicamente expirate, trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de medicamente în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de medicamente, aduce la cunoștința furnizorului de medicamente faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (3) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(7) Casele de asigurări de sănătate informează CFR, precum și Ministerul Sănătății sau ANMMDMR, după caz, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. z) și t), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

Art. 7 - (1) Contractul de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea CAS, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

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

c) în cazul încetării, indiferent de motiv, a valabilității autorizației de funcționare;

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

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

f) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 6 alin. (1); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a sancțiunilor prevăzute la art. 6 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății se aplică măsurile prevăzute la art. 6 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 6 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. m) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

h) în cazul refuzului furnizorilor 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/ dispozitive medicale specifice eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

i) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 5 lit. u).

(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), și i) pentru nerespectarea prevederilor art. 5 lit. c), h) și u) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărâre a Guvernului.

Art. 8 - Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului;

e) în cazul încetării contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

Art. 9 - Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice încheiat de casele de asigurări de sănătate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului; suspendarea contractului de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice în cadrul programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

Art. 10 Prevederile art. 8 și 9 se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

CAPITOLUL III

Furnizorii de servicii medicale paraclinice

SECȚIUNEA 1

Obligațiile furnizorilor servicii medicale paraclinice

Art. 11 – În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale paraclinice au următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii medicale paraclinice bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, fără niciun fel de discriminare și să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii medicale paraclinice;

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

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate din cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea și să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), serviciile efectuate;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate factura, însoțită de documentele justificative în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

f) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligați să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal.

g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

j) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale

k) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. j), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

l) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

m) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: servicii medicale paraclinice care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu

este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigației;

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

o) să afișeze într-un loc vizibil, programul de lucru pe care trebuie să-l respecte și serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate; informațiile privind serviciile medicale paraclinice și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală

p) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

q) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate; investigația PET-CT să efectuează numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experți de pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, valabilitatea deciziei de aprobare fiind de 45 de zile calendaristice;

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

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

ș) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, potrivit specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

t) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora și să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor PET-CT, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului;

ț) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitate

anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 6 ore.

u) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de ANMMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz;

v) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative,

w) să completeze / să transmită dosarul electronic de sănătate al bolnavului, de la data implementării acestuia;

x) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde servicii medicale paraclinice 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;

y) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze, însoțite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate și decontate din bugetul Fondului, titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și 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

z) 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;

aa) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

SECȚIUNEA 2

Sanctiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice

Art. 12 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit.a), b), d), f), h), o), p), r), s), ș), w),x), și y) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(2) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. q) și/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. g), n) și z) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. m), contravaloarea serviciilor paraclinice se va diminua după cum urmează:

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

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale paraclinice în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 13 - (1) Contractul cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractului încheiat și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului național de sănătate curativ;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 12 alin. (1) - (4). pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 12 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 12 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 11 lit. Ț) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. c), u) t) și v);

j) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 11 lit. l);

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

(2) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu Furnizorul pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

Art. 14 - (1) Contractul cu furnizorii de servicii medicale paraclinice încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al CMR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

(2) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorul pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, încetează odată cu contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

Art. 15 – (1) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

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

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigații medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. d) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

CAPITOLUL IV

Furnizorii de servicii medicale de dializă

SECȚIUNEA 1

Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de dializă

Art. 16 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de dializă au următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii medicale de dializă bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

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

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului la bolnavii cu insuficiență renală cronică care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor medicale acordate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale, în cadrul programului, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat;

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operational în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

m) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializa. Serviciile de dializa care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

n) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării

serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

p) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în program la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora, precum și cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, precum și a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

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

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

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

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

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

v) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

w) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și serviciile de dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate; informațiile privind serviciile de dializă și tarifele corespunzătoare serviciilor de dializă sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

x) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

y) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice; aprobate prin ordin al președinte CNAS.

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru programul național de sănătate pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia.

aa) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ab) să completeze dosarul electronic al bolnavului de la data implementării acestuia;

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

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

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

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

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

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

ai) să raporteze datele on-line Registrului Renal Român în formatul cerut de acesta;

aj) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze distinct, însoțite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

Art 17 - Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligația de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

SECȚIUNEA 2

Sanctiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii de dializă

Art. 18 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorul de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 16. lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), y), z), ab), ad) și ah) - aj) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

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

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

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute art. 16 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute art. 16 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de

procentul prevăzut la alin. (2) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(5). Nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 16 lit. af) și ag) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 16 lit. i) - l), p), r), s), v) și ae) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 16 lit. q), contravaloarea serviciilor se va diminua după cum urmează:

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

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (7) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de medicamente în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de medicamente, aduce la cunoștința furnizorului de medicamente faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (7) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(11) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) - (7) în cazul unităților sanitare cu paturi.

Art. 19 - (1). Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

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

(2) Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

(3) Continuitatea serviciilor

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.

Art. 20 - (1) Contractul de furnizare de servicii de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) furnizorul sau, după caz, una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar a furnizorului de servicii de dializă; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

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

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

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

programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești;

f) nerespectarea obligației prevăzute la art. 16 lit. ac), în condițiile în care furnizorul de servicii de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare.

(2) În cazul reorganizării unității sanitare prin fuziune, prin divizare sau prin transformare contractul pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare, se preia de drept de noua unitate sanitară, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noii structuri, cu condiția ca unitățile noi să aibă același regim juridic de proprietate cu cele preluate.

Art. 21 - Contractul de furnizare de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea CAS, 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 precum și expirarea certificatului de acreditare sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

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

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

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 16 lit. x);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 16 lit. a), ș) și ac);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 16 lit. ac) după expirarea termenului prevăzut la art. 20 lit. f);

i) odată cu aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 18 alin. (1);

j) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 16 lit. q).

CAPITOLUL V

Furnizorii de servicii de radioterapie

SECTIUNEA 1

Obligațiile furnizorilor de servicii de radioterapie

Art. 22 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de radioterapie au următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii de radioterapie bolnavilor asigurați, cuprinși în programul național de oncologie și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de radioterapie furnizate, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, unitățile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul subprogramului;

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

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific serviciile efectuate, potrivit schemei terapeutice prescrise;

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

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de radioterapie, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor de radioterapie contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza

comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

m) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de radioterapie. Serviciile de radioterapie acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

p) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile de radioterapie efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat, respectiv toate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate, cum ar fi - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de radioterapie; serviciile de radioterapie nu cuprind și a doua opinie medicală, cerută expres de asigurat în scris și care este acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și asupra consecințelor nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

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

ș) să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și familiei și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificările și completările ulterioare, precum și să utilizeze numai aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

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

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

u) să angajeze personalul de specialitate potrivit cerințelor specifice de securitate radiologică în radioterapia medicală umană prevăzute în Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, Normele privind expertul în fizică medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 1.272/266/2006, precum și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

v) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

w) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanță cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și să-l respecte, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și serviciile de radioterapie cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; informațiile privind serviciile de radioterapie și tarifele corespunzătoare serviciilor de radioterapie sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

x) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului;

y) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

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

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

ac) să asigure prezența unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical și a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă întreagă pe zi programul unității de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie și de fizicianul medical care își desfășoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

ad) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum și cele stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare;

ae) să întocmească și să transmită lunar, la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

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

ag) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile de radioterapie asigurate potrivit lit. t) și decontate din bugetul Fondului, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

SECȚIUNEA 2

Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii de radioterapie

Art. 23 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), z) - aa), ac) și ae) - ag) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:

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

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. i) - l), p), r), s), u) și ad), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile de radioterapie, raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. q), contravaloarea serviciilor radioterapie se va diminua după cum urmează:

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

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de medicamente în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de medicamente, aduce la cunoștința furnizorului de medicamente faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(7) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) - (6), pentru unitățile sanitare cu paturi.

Art. 24 - (1) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorul de servicii de radioterapie se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar a furnizorului de servicii de radioterapie, expirarea certificatului de acreditare sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizației de utilizare eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, conform Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

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

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

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 22 lit. x);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. a), ș) și ab);

h) odată cu aplicarea pe toată perioada contractului a sancțiunii prevăzute la art. 23 alin. (1);

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. q).

Art. 25 - (1) Contractul încheiat cu furnizorul de radioterapie încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

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

(2) Contractul încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

Art. 26 - (1) Contractul încheiat cu furnizorul de radioterapie se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secției/secțiilor care derulează programe/subprograme de sănătate curative, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

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

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

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea serviciilor de radioterapie, suspendarea contractului pentru finanțarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești;

(2) În cazul reorganizării unității sanitare, prin, fuziune, prin divizare sau prin transformare contractul pentru finanțarea Subprogramului național de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare, se preia de drept de către noua unitate sanitară, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noii structuri.

Art. 27- (1) Situațiile prevăzute la art. 24 și la art. 25 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. 24 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.

CAPITOLUL VI

Unități de specialitate pentru furnizarea de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrică aflate în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

SECȚIUNEA 1

Obligații

Art. 28 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, Unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică aflate în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, au următoarele obligații:

a) să furnizeze bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, servicii conexe și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite pentru subprogramul național de sănătate curativ, potrivit destinației acestuia;

c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unitățile de specialitate vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul subprogramului;

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

e) să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii conexe în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific serviciilor efectuate, potrivit schemei terapeutice prescrise;

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

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei care îndeplinesc criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice;

h) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta funcționează devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor conexe contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) 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 unitățile de specialitate sunt obligate să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

l) 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 conexe, acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile conexe înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestuia, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile conexe acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

m) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile conexe, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. l), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile conexe efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat subprogramului național de sănătate curativ;

- o) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile conexe care se asigură în cadrul subprogramului național de sănătate curativ;
- p) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.
- q) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare activitatea din cadrul subprogramului național de sănătate curativ și pe subdiviziunile clasificăției bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;
- r) să raporteze corect și complet serviciile conexe efectuate;
- s) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
- ș) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;
- t) să asigure servicii conexe pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- ț) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile conexe, asigurate potrivit prevederilor lit. t) și decontate din bugetul FNUASS;
- u) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile conexe prevăzute la lit. t) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoțitoare;
- v) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de servicii conexe în cadrul subprogramului. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operational în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;
- x) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru , Subprogramul național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist precum și execuția pe parcursul derulării acestora.
- y) să întocmească documentele medicale necesare pentru recomandarea / întreruperea, acordării serviciilor conexe, după caz;
- z) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, lista furnizorilor de servicii conexe cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acestora precum și lista serviciilor conexe acordate de aceștia;
- aa) să ia toate măsurile necesare pentru respectarea de către furnizorul de servicii conexe a tuturor obligațiilor privind condițiile acordării serviciilor conexe, prevăzute în Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări

de sănătate mintală asociate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății, al ministrului educației naționale și cercetării științifice, al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 968/5194/1945/714/2016, cu modificările ulterioare.

SECȚIUNEA 2

Sanctiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

Art. 29 - (1) Nerespectarea de către unitățile de specialitate pentru furnizarea de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică afla i în rela ie contractuală cu furnizorii de servicii conexe, a obligațiilor prevăzute la art. 28 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, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

Art. 30 - Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/ psihiatrie pediatrică pentru furnizare de servicii conexe se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii conexe, acesta 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) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit 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;
- e) refuzul unităților de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică de a duce la îndeplinire toate obligațiile ce decurg din contractul cu furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Art. 31 - Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/ psihiatrie pediatrică pentru furnizare de servicii conexe încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații

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

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

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

(2) Contractul încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

Art. 32 - Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/ psihiatrie pediatrică pentru furnizare de servicii conexe 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. 28 lit. h) 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.

Dispoziții aplicabile în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2

Art. 1 - În vederea creșterii accesului bolnavilor la tratamente, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea virusului SARS-CoV-2, medicii de familie pot emite prescripții medicale, pentru bolnavii cu schemă terapeutică stabilă, tratați în cadrul programelor naționale de sănătate curative, în baza documentelor medicale care au fost emise acestora de către medicii specialiști - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele notate cu (**), (**1), (**Ω) și (**1Ω) în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, care sunt prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi, în condițiile stabilite prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.

Art. 2 - Decontarea serviciilor de radioterapie precum și a serviciilor de dializă, acordate de unitățile specializate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, se efectuează la nivelul realizat, raportat și validat în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate, în condițiile alin. (6) al art. 6 din OUG nr.20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008.