

HOTARARE GUVERN 124/2013	<i>Vigoare</i>
Emitent: Guvern Domenii: Sanatate	M.O. 172/2013
Hotarare privind aprobarea programelor nationale de sanatate pentru anii 2013 si 2014	

M.Of.nr.172 din 1 aprilie 2013

HOTARARE NR.124
privind aprobarea programelor nationale de
sanatate pentru anii 2013 si 2014

In temeiul art. 108 din Constitutia Romaniei, republicata, si al art. 48 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare,

Guvernul Romaniei adopta prezenta hotarare.

Art.1. - (1) Se aproba programele nationale de sanatate pentru anii 2013 si 2014, precum si structura si obiectivele acestora, prevazute in anexa care face parte integranta din prezenta hotarare.

(2) Programele nationale de sanatate reprezinta, potrivit prevederilor art. 45 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, un ansamblu de actiuni multianuale, orientate spre principalele domenii de interventie ale asistentei de sanatate publica.

(3) Programele nationale de sanatate se deruleaza in mod distinct dupa cum urmeaza:

- a) de catre Ministerul Sanatatii - programele nationale de sanatate publica;
- b) de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate - programele nationale de sanatate curative.

Art.2. - Normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate pentru anii 2013 si 2014, denumite in continuare norme tehnice, se aproba dupa cum urmeaza:

- a) prin ordin al ministrului sanatatii, pentru programele nationale de sanatate publica;
- b) prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, cu avizul Ministerului Sanatatii, pentru programele nationale de sanatate curative.

Art.3. - (1) Programele nationale de sanatate publica se finanteaza de la bugetul Ministerului Sanatatii, din bugetul de stat si din venituri proprii, precum si din alte surse, inclusiv din donatii si sponsorizari, in conditiile legii.

(2) Programele nationale de sanatate curative se finanteaza de la bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, precum si din alte surse, inclusiv din donatii si sponsorizari, in conditiile legii.

(3) In anul 2013, finantarea programelor nationale de sanatate se realizeaza inclusiv din transferuri de la bugetul de stat si din venituri proprii, prin bugetul Ministerului Sanatatii, catre bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, pentru:

- a) achitarea obligatiilor de plata inregistrate in limita creditelor de angajament aprobate pentru programele nationale de sanatate a caror finantare se asigura pana la data de 31 martie 2013,

inclusiv, prin transfer din bugetul Ministerului Sanatatii in bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;

b) achitarea obligatiilor de plata inregistrate in limita creditelor de angajament aprobate pentru Programul national de boli transmisibile a carui finantare se asigura pana la data de 31 martie 2013, inclusiv, din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate.

(4) Sumele alocate programelor nationale de sanatate sunt aprobate anual prin legea bugetului de stat, potrivit prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finantele publice, cu modificarile si completarile ulterioare.

(5) Detalierea fondurilor mentionate la alin. (1) si (2) pe programe nationale de sanatate publica, respectiv programe nationale de sanatate curative este prevazuta in normele tehnice.

Art.4. - (1) Programele nationale de sanatate sunt elaborate de catre Ministerul Sanatatii cu participarea Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Implementarea programelor nationale de sanatate se realizeaza prin unitati de specialitate, prevazute in normele tehnice.

(3) Unitatile de specialitate sunt:

- a) institutii publice;
- b) furnizori publici de servicii medicale;
- c) furnizori privati de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedeaza capacitatii furnizorilor publici de servicii medicale;
- d) furnizori privati de medicamente si dispozitive medicale.

(4) Programele nationale de sanatate publica elaborate, derulate si finantate de Ministerul Sanatatii sunt prevazute la lit. A din anexa.

Art.5. - (1) Programele nationale de sanatate curative elaborate, derulate si finantate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sunt prevazute la lit. B din anexa.

(2) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, prin casele de asigurari de sanatate, raspunde de asigurarea, urmarirea, evidentierea si controlul utilizarii fondurilor aprobate, precum si de monitorizarea, controlul si analiza indicatorilor fizici si de eficienta pentru programele nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa.

(3) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate transmite structurii cu atributii in elaborarea si coordonarea programelor nationale de sanatate din cadrul Ministerului Sanatatii, trimestrial, anual si ori de cate ori este nevoie, indicatorii fizici si de eficienta pentru programele nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa, precum si modul in care acestea sunt derulate.

Art.6. - (1) Ministerul Sanatatii repartizeaza directiilor de sanatate publica, unitatilor sanitare din reseaua sanitara proprie, precum si institutiilor din subordine fondurile destinate derularii programelor nationale de sanatate publica prevazute la lit. A din anexa, in conditiile legii.

(2) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate repartizeaza caselor de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti si Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, denumite in continuare case de asigurari de sanatate, fondurile destinate derularii programelor nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa, in baza indicatorilor fizici si de eficienta realizati in anul precedent.

Art.7. - (1) Sumele alocate pentru programele nationale de sanatate sunt cuprinse in bugetele de venituri si cheltuieli ale unitatilor de specialitate prin care acestea se implementeaza.

(2) Sumele prevazute la alin. (1) se publica pe site-ul Ministerului Sanatatii, detaliat pe judete si pe fiecare unitate de specialitate prin care se implementeaza.

(3) Unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli si executia bugetului de venituri si

cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate derulate.

(4) Sumele aprobate pentru derularea programelor nationale de sanatate publica se alocă lunar, la solicitarile unitatilor de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate, intocmite pe baza cererilor fundamentate ale unitatilor de specialitate, insotite de documentele justificative prevazute in normele tehnice.

(5) Sumele aprobate pentru derularea programelor nationale de sanatate curative se alocă lunar, la solicitarile caselor de asigurari de sanatate, pe baza cererilor fundamentate ale unitatilor de specialitate, in functie de indicatorii realizati si in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie, insotite de documentele justificative prevazute in normele tehnice

(6) Pentru programele nationale de sanatate finantate prin transferuri din bugetul Ministerului Sanatatii in bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate in anul 2013, sumele necesare se asigura lunar de catre Ministerul Sanatatii, in limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat, la solicitarea fundamentata a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in conditiile prevazute in normele tehnice.

(7) Sumele prevazute in bugetul Ministerului Sanatatii pentru finantarea programelor nationale de sanatate publica prevazute la lit. A din anexa se alocă dupa cum urmeaza:

a) institutiilor publice si furnizorilor de servicii medicale din subordinea Ministerului Sanatatii, pentru implementarea programelor nationale de sanatate publica si/sau asigurarea asistentei tehnice si managementului programelor nationale de sanatate, dupa caz;

b) furnizorilor de servicii medicale din reseaua autoritatilor administratiei publice locale si a ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, precum si furnizorilor de servicii medicale privati, in baza contractelor incheiate cu directiile de sanatate publica sau, dupa caz, cu institutiile publice din subordinea Ministerului Sanatatii, dupa caz.

(8) Sumele prevazute in bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa se alocă in baza contractelor negociate si incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate, precum si intre furnizorii privati de servicii de dializa: hemodializa conventionala, hemodiafiltrare intermitenta on-line, dializa peritoneala continua, dializa peritoneala automata si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz.

Art.8. - (1) Raporturile stabilite intre unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate sunt raporturi juridice civile, care vizeaza actiuni multianuale, ce se stabilesc si se desfasoara pe baza de contract cu valabilitate pana la data de 31 decembrie 2014.

(2) In situatia in care este necesara modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate si stipulate in acte aditionale, conform dispozitiilor legale in vigoare.

(3) Angajamentele legale incheiate in exercitiul curent din care rezulta obligatii nu pot depasi creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

(4) Creditele bugetare aferente actiunilor multianuale reprezinta limita superioara a cheltuielilor care urmeaza a fi ordonantate si platite in cursul exercitiului bugetar. Platile sunt aferente angajamentelor efectuate in limita creditelor de angajament aprobate in exercitiul bugetar curent sau in exercitiile bugetare anterioare.

(5) Sumele nedecontate pentru medicamentele si materialele sanitare utilizate in programele nationale de sanatate curative in tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum si sumele nedecontate pentru servicii de dializa efectuate in luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost inregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului in curs si se inregistreaza atat la plati, cat si la cheltuieli in anul curent din creditele bugetare aprobate.

(6) Angajamentele legale aferente medicamentelor si materialelor sanitare utilizate pentru fiecare program national de sanatate curativ in tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum si pentru servicii de dializa, efectuate in luna decembrie, la nivelul casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, dupa caz, nu pot depasi media lunara a primelor 11 luni ale aceluiasi an.

(7) Casele de asigurari de sanatate, respectiv Casa Nationala de Asigurari de Sanatate pot stabili si alte termene de contractare, in functie de necesarul de servicii medicale, de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si altele asemenea acordate in cadrul programelor nationale de sanatate curative, in limita fondurilor aprobate fiecarui program/subprogram de sanatate.

Art.9. - Unitatile sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative au urmatoarele obligatii:

a)sa utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram national de sanatate curativ, potrivit destinatiei acestora;

b)sa dispuna masuri pentru gestionarea eficienta a mijloacelor materiale si banesti;

c)sa organizeze evidenta cheltuielilor pe fiecare program/subprogram national de sanatate curativ si pe subdiviziunile clasificatiei bugetare atat in prevederi, cat si in executie;

d)sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea si eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare din cadrul programelor nationale de sanatate curative, potrivit prevederilor legale in vigoare;

e)sa asigure bolnavilor tratamentul adecvat si eficient, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere si eliberare a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

f)sa achizitioneze, in conditiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice in baza necesarului stabilit, tinand cont de nevoile reale, consumurile realizate si de stocurile cantitativ-valorice, in conditiile legii, la nivelul pretului de achizitie, care pentru medicamente nu poate depasi pretul de decontare; in cazul produselor biologice, achizitionarea se face pe denumire comerciala;

g)sa monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit inchis in cadrul programelor/subprogramelor de sanatate, cu evidente distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si de la nivelul caselor de asigurari de sanatate;

h)sa asigure asiguratilor, fara nicio discriminare, acordarea serviciilor medicale si tratamentul specific afectiunilor cuprinse in programele nationale de sanatate curative;

i)sa transmita casei de asigurari de sanatate in primele 10 zile lucratoare ale lunii urmatoare incheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportari lunare, trimestriale, cumulat de la inceputul anului, si anuale privind sumele utilizate pe fiecare program, indicatorii realizati, precum si evidenta nominala in baza codurilor numerice personale, pentru bolnavii tratati in cadrul programelor/subprogramelor de sanatate curative;

j)sa depuna lunar la casa de asigurari de sanatate, in vederea validarii si decontarii contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita sumei prevazute in contract si a sumelor disponibile cu aceasta destinatie;

k)sa transmita caselor de asigurari de sanatate prescriptiile medicale in baza carora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul in ambulatoriu, insotite de borderourile centralizatoare distincte;

l)sa organizeze evidenta electronica a bolnavilor care beneficiaza de medicamentele si/sau

materialele sanitare specifice, precum si de servicii de supleere renala, dupa caz, in cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafa), medicamentele eliberate, cantitatea si valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoloalelor;

m)sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asiguratii, precum si intimitatea si demnitatea acestora;

n)sa informeze asiguratii cu privire la derularea programelor nationale de sanatate curative;

o)sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizati in actele normative in vigoare;

p)sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

q)sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor de sanatate curative;

r)sa asigure numai utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamentele ce se elibereaza in cadrul programelor nationale de sanatate curative aferente tratamentului ambulatoriu; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala care este formular cu regim special, unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

s)sa respecte protocoloalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale, conform dispozitiilor legale;

s)sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

t)sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

t)sa solicite, incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate, acest document titularilor acestuia, in vederea acordarii medicamentelor/materialelor sanitare;

u)sa raporteze consumul de medicamente/materiale sanitare ce se elibereaza in cadrul programelor nationale de sanatate curative, conform prevederilor legale in vigoare;

v)sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate pe care le deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora.

Art.10. - Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, au urmatoarele obligatii:

a)sa se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzatoare DCI-urilor prevazute in sublista C sectiunea C2 din anexa la Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei

cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al caror pret pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de decontare, fara a incasa contributie personala pentru acest pret de la asigurati;

b)sa asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiasi denumiri comune internationale (DCI), cu prioritate la preturile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; sa se aprovizioneze, la cererea scrisa a asiguratului si inregistrata la furnizor, in maximum 48 de ore, cu medicamentele si materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, daca acestea nu exista la momentul solicitarii in farmacie;

c)sa detina documente justificative privind intrarile si iesirile pentru medicamentele si materialele sanitare eliberate in baza prescriptiilor medicale raportate spre decontare;

d)sa verifice prescriptiile medicale in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, in vederea eliberarii acestora si a decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a contravalorii medicamentelor si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative;

e)sa verifice daca au fost respectate conditiile prevazute in normele tehnice aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, cu privire la prescrierea si eliberarea medicamentelor si materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative;

f)sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate, utilizand platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Incepand cu data implementarii sistemului de raportare in timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluati pentru indeplinirea acestei obligatii;

g)sa intocmeasca si sa prezinte caselor de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite in normele tehnice aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, documentele necesare in vederea decontarii medicamentelor si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative: factura si alte documente justificative prevazute in normele tehnice aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; sumele prevazute in factura si medicamentele si materialele sanitare din documentele justificative insotitoare, prezentate caselor de asigurari de sanatate de furnizorii de medicamente in vederea decontarii acestora, trebuie sa corespunda cu datele raportate potrivit prevederilor lit. u);

h)sa respecte modul de eliberare a medicamentelor si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in conditiile reglementarilor legale in vigoare, si sa nu inlocuiasca un produs biologic original cu biosimilarul, fara recomandarea medicului;

i)sa functioneze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j)sa informeze asiguratii cu privire la drepturile si obligatiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, precum si la modul de utilizare a acestora, conform prescriptiei medicale; sa afiseze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si

puse la dispozitie de catre aceasta;

k)sa respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunarii generale nationale a Colegiului Farmacistilor din Romania nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmacistilor din Romania si a Codului deontologic al farmacistului, in relatiile cu asiguratii;

l)sa isi stabileasca programul de functionare, pe care sa il afiseze la loc vizibil in farmacie, sa participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor in tratamentul ambulatoriu, in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii, si sa afiseze la loc vizibil lista farmaciilor care asigura continuitatea furnizarii de medicamente, publicata pe pagina de web a casei de asigurari de sanatate. Acest program se stabileste potrivit prevederilor legale in vigoare;

m)sa elibereze asiguratilor medicamentele din prescriptiile medicale, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile in care furnizorul de medicamente are contract cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care medicul care a eliberat prescriptia medicala a incheiat contract;

n)sa anuleze DCI-urile/medicamentele si/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, prin taiere cu o linie sau prin inscrierea mentiunii „anulat“, in fata primitorului, pe toate exemplarele prescriptiei medicale, nefiind permisa eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie in cadrul sumei respective;

o)sa nu elibereze medicamentele si materialele sanitare din prescriptiile medicale care si-au incetat valabilitatea;

p)sa pastreze la loc vizibil in farmacie condica de sugestii si reclamatii; condica va fi numerotata de farmacie si stampilata de casa/casele de asigurari de sanatate cu care furnizorul se afla in relatie contractuala;

q)sa asigure prezenta unui farmacist in farmacie pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

r)sa depuna, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele si materialele sanitare specifice ce se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, documentele necesare in vederea decontarii pentru luna respectiva, pana la termenul prevazut in contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu incadrarea in bugetul aprobat la nivelul casei de asigurari de sanatate si afisat de aceasta pe site;

s)sa se informeze asupra conditiilor de furnizare a medicamentelor si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative;

s)sa elibereze medicamentele si materialele sanitare care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, la nivelul pretului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sanatatii, fara a incasa contributie personala pentru acest pret de la asigurati; in cazul in care pretul cu amanuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutica al medicamentului prescris este mai mare decat pretul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot incasa de la asigurati, numai cu acordul si la solicitarea acestora, diferenta de pret rezultata dintre pretul medicamentului prescris si pretul de decontare al acestuia; in acest sens, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescriptiei;

t)sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si

intimitatea si demnitatea acestora;

t)sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de medicamente in tratamentul ambulatoriu, precum si de materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

u)sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, situatia medicamentelor si materialelor sanitare eliberate, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

v)sa nu elibereze prescriptiile medicale care nu contin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, conform prevederilor legale in vigoare;

w)sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

x)sa se afle, pe toata perioada de derulare a contractului de furnizare de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, pentru furnizare de medicamente cu si fara contributie personala;

y)sa respecte dreptul asiguratilor de a-si alege farmacia care deruleaza programele nationale de sanatate, conform prevederilor legale in vigoare;

z)sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor - farmacie/oficine, precum si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul farmaceutic, respectiv farmacistii si asistentii de farmacie, care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia;

aa) sa solicite, incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate, acest document titularilor acestuia, in vederea acordarii medicamentelor/materialelor sanitare in cadrul programelor de sanatate curative; medicamentele/materialele sanitare mentionate anterior, eliberate in alte conditii, nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ab) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate toate documentele justificative care atesta furnizarea de medicamente/materiale sanitare eliberate si raportate in relatia contractuala cu casele de asigurari de sanatate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative;

ac) sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate pe care le deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora.

Art.11. - Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice in cadrul unor programe nationale de sanatate curative au urmatoarele obligatii:

a)sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate potrivit prevederilor legale in vigoare;

b)sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

in cadrul unor programe/subprograme nationale de sanatate curative si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c)sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora;

d)sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale in cadrul unor programe nationale de sanatate curative; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

e)sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit machetelor de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

f)sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, cele cu regim special si cele tipizate, inclusiv lunar, trimestrial si anual, machetele de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

g)sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului, conform prevederilor legale in vigoare;

h)sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, cu avizul directiei de sanatate publica judetene sau a municipiului Bucuresti, pentru repartizarea acestuia pe zile si ore, in baza unui formular al carui model este cel utilizat in cadrul contractului de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

i)sa depuna la casa de asigurari de sanatate, in termen de maximum 30 de zile de la data semnarii contractului, avizul directiei de sanatate publica privind programul de lucru; in situatia in care programul avizat de directia de sanatate publica este diferit fata de cel prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, programul de lucru prevazut in contract se modifica in consecinta;

j)sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului;

k)sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele nationale de sanatate;

l)sa asigure serviciile medicale paraclinice care se acorda asiguratilor in cadrul programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative fara nicio discriminare;

m)sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

n)sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

o)sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice pentru dozarea hemoglobinei glicozilate la bolnavi cu diabet zaharat medicului care a facut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

- p)sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;
- q)sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;
- r)sa efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai in baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, cu conditia ca medicul diabetolog care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice;
- s)sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;
- s)sa utilizeze numai reactivi care au declaratii de conformitate CE emise de producatori si sa practice o evidenta de gestiune cantitativ-valorica corecta si la zi pentru reactivi in cazul furnizorilor de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- t)sa faca mentenanta si sa intretina aparatele din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice, conform specificatiilor tehnice, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;
- t)sa depuna la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate;
- u)sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor incheiate cu fiecare casa de asigurari de sanatate, dupa caz;
- v)sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fise tehnice - cu privire la tipul si cantitatea reactivilor achizitionati si care au fost utilizati pentru investigatiile medicale paraclinice efectuate in perioada pentru care se efectueaza controlul - investigatii medicale paraclinice raportate conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, precum si pentru orice alte investigatii efectuate in perioada pentru care se efectueaza controlul;
- w)sa asigure prezenta unui medic specialist in medicina de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialitate in fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv;
- x)sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodica, emis conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatura din dotare, dupa caz;
- y)sa consemneze in buletinele care cuprind rezultatele dozarilor hemoglobinei glicozilate efectuate si limitele de normalitate ale acestora;
- z)sa transmita lunar, odata cu raportarea, documentele necesare in vederea decontarii prevazute in normele tehnice aprobate prin ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;
- aa) sa solicite, incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate, acest document titularilor acestuia in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;
- ab) sa nu incheie contracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigatiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate;

ac) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

ad) sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate pe care le deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora.

Art.12. - Furnizorii de servicii de dializa aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, pentru furnizare de servicii de dializa au urmatoarele obligatii:

a)sa furnizeze serviciile in conformitate cu Regulamentul de organizare si functionare a unitatilor de dializa publice si private, aprobat prin Ordinul ministrului sanatatii nr. 1.718/2004, cu modificarile ulterioare, precum si cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licentierea medicala a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializa ori furnizarea serviciilor si sa utilizeze numai medicamente si materiale sanitare, aparatura si echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate in Romania; normele de evaluare, certificare sau licentiere medicala ulterioare datei semnarii contractului se vor aplica furnizorului;

b)sa furnizeze serviciile pacientilor asigurati cuprinsi in Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica, care opteaza pentru efectuarea tratamentului in centru, fara niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, in limita numarului de bolnavi pe tipuri de dializa inclusi in program;

c)sa furnizeze serviciile pacientilor titulari ai cardului european de asigurari de sanatate, ai certificatului provizoriu de inlocuire a acestuia, emise in aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, respectiv Regulamentului (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European si al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere in aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, urmand a evidentia si raporta distinct caselor de asigurari sociale de sanatate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane;

d)sa solicite documente care sa ateste ca pacientii sunt asigurati in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate;

e)sa pregateasca si sa depuna la autoritatile relevante rapoartele cerute de normele de dializa, potrivit prevederilor legale in vigoare;

f)sa angajeze personalul de specialitate in proportie cu cerintele minimale de personal prevazute in normele de dializa si sa asigure instruirea tehnica corespunzatoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

g)sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislatiei in vigoare;

h)sa ofere informatii asiguratilor despre serviciile acordate, precum si despre modul in care vor fi furnizate acestea si sa acorde consiliere in scopul prevenirii imbolnavirilor si al pastrarii sanatatii;

i)sa respecte confidentialitatea prestatiei medicale;

j)sa respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale in vigoare;

k)sa stabileasca si sa respecte programul de activitate, sa il afiseze la loc vizibil si sa stabileasca programul de activitate si sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

l)sa anunte casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate despre

modificarile oricareia dintre conditiile obligatorii care au stat la baza incheierii contractului de servicii de dializa, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului, precum si modificarea datelor de identificare, declarate la data incheierii contractului;

m)sa informeze pacientii cu privire la pachetul de servicii de baza si la obligatiile lor in relatie contractuala cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, precum si la obligatiile pacientilor referitoare la actul medical;

n)sa permita personalului Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si caselor de asigurari de sanatate verificarea scriptica si factica a modului de indeplinire a obligatiilor contractuale asumate de acesta in baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele si materialele sanitare achizitionate si utilizate in efectuarea serviciilor de dializa;

o)sa raspunda de efectuarea si de calitatea transportului nemedical al pacientilor pentru hemodializa: hemodializa conventionala sau hemodiafiltrare intermitenta on-line, prevazuti in contract, precum si de transportul lunar al medicamentelor si materialelor sanitare pentru pacientii cu dializa peritoneala continua sau automata, prevazuti in contract;

p)sa organizeze evidenta indicatorilor de performanta ai tratamentului elaborati de comisia de specialitate a Ministerului Sanatatii si sa raporteze datele on-line Registrului renal roman in formatul cerut de acesta;

q)sa transmita lunar caselor de asigurari de sanatate, in original, in doua exemplare, si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, cu respectarea confidentialitatii datelor, declaratia de servicii lunara, in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;

r)sa transmita caselor de asigurari de sanatate raportari lunare, trimestriale, cumulat de la inceputul anului si anuale privind indicatorii realizati, in primele 10 zile lucratoare ale lunii urmatoare incheierii perioadei pentru care se face raportarea;

s)sa respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si ale legislatiei subsecvente in acest domeniu;

s)sa anunte in scris, in termen de 5 zile lucratoare, centrul de dializa de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienti noi in cadrul programului pentru tratament specific se realizeaza conform prevederilor Regulamentului de organizare si functionare a unitatilor de dializa publice si private, aprobat prin Ordinul ministrului sanatatii nr. 1.718/2004, cu modificarile ulterioare;

t)sa indeplineasca conditiile suspensive in termenul prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, respectiv cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

t)sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate pe care le deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora.

Art.13. - (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 9 si in contractele incheiate de unitatile sanitare cu paturi cu casa de asigurari de sanatate pentru finantarea programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative atrage aplicarea unor sanctiuni de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casele de asigurari de sanatate, dupa caz, pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

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

b)la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la

valoarea de contract aferenta lunii respective;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatarari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

d) nerespectarea obligatiei prevazute la art. 9 lit. u) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare luna neraportata in cadrul fiecarui trimestru, la valoarea de contract aferenta lunii respective;

e) nerespectarea obligatiei prevazute la art. 9 lit. u) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 7% fata de procentul prevazut la lit. d), pentru fiecare luna neraportata in cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea nejustificata a programului de lucru comunicat casei de asigurari de sanatate si prevazut in contract de catre furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, se aplica urmatoarele masuri:

a) avertisment la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 10 lit. a)-c), e)-h), j)-w) si y)-aa), se aplica urmatoarele masuri:

a) avertisment la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 10 lit. b) nu se aplica diminuari ale sumei convenite pentru luna in care sa inregistrat aceasta situatie, daca vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate printr-o declaratie scrisa.

(5) In cazul in care se constata nerespectarea programului de lucru stabilit de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice, precum si pentru nerespectarea de catre acestia a obligatiilor prevazute la art. 11 lit. a)-c), e)-n) si p), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(6) In cazul in care in derularea contractului se constata ca serviciile raportate de catre acesti furnizori conform contractului, in vederea decontarii acestora, nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(7) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de dializa a obligatiilor prevazute la art. 12 lit. c)-f), h)-j), l)-m) si p)-r), se va diminua contravaloarea serviciilor de dializa dupa cum urmeaza:

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

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

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(8) Retinerea sumelor conform alin. (1)-(7) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, pentru finantarea programelor/subprogramelor de sanatate din cadrul programului national curativ. In cazul furnizorilor de medicamente, retinerea sumei conform alin. (2)-(4) se aplica la nivel de farmacie.

(9) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1)-(7) se face prin plata directa sau prin executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, pentru finantarea programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative.

(10) Pentru situatiile prevazute la alin. (1)-(7), casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, tin evidenta distinct pe fiecare furnizor.

(11) Casele de asigurari de sanatate, prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, anunta Ministerul Sanatatii, respectiv ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie, odata cu prima constatare, despre situatiile prevazute la alin. (1)-(7).

Art.14. - (1) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, respectiv casele de asigurari de sanatate, dupa caz, aflate in relatii contractuale cu furnizori de servicii de dializa, au urmatoarele obligatii:

- a) incheie contracte cu furnizorii de dializa autorizati si evaluati, in conditiile legii;
- b) monitorizeaza activitatea si calitatea serviciilor efectuate de furnizor, incluzand, dar fara a se limita la, monitorizarea sistemului de control intern al calitatii si evidentele furnizorului;
- c) urmareste derularea contractului si modul de indeplinire a obligatiilor asumate de furnizor;
- d) deconteaza furnizorului serviciile contractate si prestate, pe baza facturii insotite de declaratia de servicii lunara privind activitatea realizata, in urma verificarii si validarii acestora de catre casa de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- e) monitorizeaza numarul serviciilor medicale furnizate; trimestrial se reevalueaza volumul serviciilor, tinandu-se cont de serviciile furnizate in trimestrul respectiv, proportional cu perioada de contract ramasa de executat, cu incadrarea in bugetul aprobat;
- f) verifica scriptic si faptic modul de indeplinire a obligatiilor contractuale asumate de furnizor in baza contractului;
- g) efectueaza controlul serviciilor de dializa efectuate de furnizori.

(2) Casele de asigurari de sanatate aflate in relatii contractuale cu furnizorii pentru finantarea programelor/subprogramelor de sanatate curative, denumiti furnizori, au obligatiile prevazute la alin. (1), precum si urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii autorizati si evaluati, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de medicamente cu si fara contributie personala pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicesti, in conditiile legii, si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, pentru informarea asiguratilor, precum si valoarea de contract a fiecaruia, in cazul contractelor care au prevazuta o suma ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram national de sanatate curativ, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor tehnice aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii cu privire la conditiile de contractare pentru finantarea programelor/subprogramelor de sanatate curative suportate din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, precum si cu privire la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sanatate curative si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa efectueze prin structurile de specialitate si, dupa caz, cu participarea Casei Nationale de Asigurari de Sanatate controlul derularii programelor/subprogramelor de sanatate curative, respectiv indeplinirea obligatiilor contractuale de catre furnizorii cu care se afla in relatie contractuala, conform prevederilor normelor tehnice aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

f) sa inmaneze furnizorilor, la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data prezentarii in vederea efectuarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care deruleaza programe/subprograme nationale de sanatate curative sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/investigatiilor paraclinice, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de acestea, precum si sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

h) sa trimita spre solutionare organelor abilitate situatiile in care constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere.

(3) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, pe langa obligatiile prevazute la alin. (1), are obligatia de a transmite Ministerului Sanatatii, la termenul prevazut in normele tehnice, in vederea publicarii pe site-ul acestuia, a bugetului de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate curative pe care le deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora, detaliat pentru fiecare casa de asigurari de sanatate si unitate de specialitate.

(4) Casele de asigurari de sanatate aflate in relatie contractuala cu furnizorii pentru finantarea programelor nationale de sanatate, pe langa obligatiile prevazute la alin. (2), au obligatia de a publica pe site-ul propriu, la termenul prevazut in normele tehnice, bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate curative pe care le deruleaza, precum si executia inregistrata pe parcursul derularii acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se afla in relatie contractuala.

Art.15. - (1) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca farmacia nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului pentru furnizarea de medicamente/materiale sanitare in cadrul unor programe/subprograme nationale de sanatate curative;

b) daca din motive imputabile farmaciei aceasta isi intrerupe activitatea pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) in cazul expirarii perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare;

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

e) daca farmacia evaluata inlocuieste medicamentele si/sau materialele sanitare neeliberate din prescriptia medicala cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) la prima constatare dupa aplicarea de 3 ori in cursul unui an a masurilor prevazute la art. 13 alin. (2); pentru societatile comerciale farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii, odata cu prima constatare dupa aplicarea la nivelul societatii a masurilor prevazute la art. 13 alin. (2) de cate 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare farmacie din structura societatii farmaceutice; daca la nivelul societatii comerciale se aplica de 3 ori in cursul unui an masurile prevazute la art. 13 alin. (2), pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi farmacie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului opereaza numai pentru farmacia la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;

g) in cazul nerespectarii termenelor de depunere a facturilor insotite de borderouri si prescriptii medicale privind eliberarea de medicamente si conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

h) la a patra constatare a nerespectarii in cursul unui an a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 10 lit. a)-c), e)-h), j)-w) si y)- aa); pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 10 lit. b), nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a farmaciei si este adusa la cunostinta casei de asigurari de sanatate de catre aceasta printr-o declaratie scrisa;

i) in cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a medicamentelor si/sau materialelor sanitare eliberate in cadrul programelor/subprogramelor de sanatate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor nationale de sanatate, conform solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora;

j) eliberarea de medicamente in cadrul programelor/subprogramelor de sanatate curative de catre farmaciile excluse din contractele incheiate intre societatile comerciale farmaceutice si casa de asigurari de sanatate, dupa data excluderii acestora din contract.

(2) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii medicale

paraclinice pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice in cadrul unor programe nationale de sanatate curative se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale paraclinice nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

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

g) la a treia constatare a nerespectarii oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 11 lit. a)-c), e)-n) si r);

h) in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 11 lit. w), pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru, puncte care nu reprezinta puncte externe de recoltare, in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului opereaza numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceasta situatie si se modifica corespunzator contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale casei de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice in cadrul programului/subprogramului national de sanatate curativ;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice in cadrul programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative de catre filialele/punctele de lucru excluse din contractele incheiate intre furnizorii de servicii medicale paraclinice si casa de asigurari de sanatate, dupa data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale casei de asigurari de sanatate documentele justificative mentionate la art. 11 lit. v);

l) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 11 lit. o), s), t), u), y) si ab);

m) odata cu prima constatare dupa aplicarea in cursul unui an a sanctiunilor prevazute la art. 13 alin. (5), precum si la prima constatare dupa aplicarea masurii prevazute la art. 13 alin. (6); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezinta puncte externe de recoltare, in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, odata cu prima constatare dupa aplicarea la nivelul furnizorului a sanctiunilor prevazute la art. 13 alin. (5) in cursul unui an

pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare filiala, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; daca la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplica in cursul unui an sanctiunile prevazute la art. 13 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi filiala sau de catre acelasi punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului opereaza numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul.

(3) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa caz, cu furnizorii de servicii de dializa se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, dupa caz, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de dializa nu incepe activitatea in termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii de dializa;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar sau expirarea dovezii de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an; nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializa si este adusa la cunostinta casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate de catre furnizor printr-o declaratie scrisa;

d) in cazul in care se constata ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de servicii de dializa de a pune la dispozitia organelor de control ale casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializa in cadrul programului national de sanatate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele mentionate la art. 12 lit. n);

g) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 12 lit. a), g), k), o) si t).

(4) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente, respectiv cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor nationale de sanatate curative se reziliaza de plin drept ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, incheiate intre aceleasi parti in conditiile Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Art.16. -(1) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice inceteaza de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) furnizorul isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate.

(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice inceteaza in urmatoarele situatii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

(3) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor nationale de sanatate curative inceteaza in conditiile incetarii contractului de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, incheiate intre aceleasi parti in conditiile Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Art.17. - (1) Contractul pentru finantarea de medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda in cadrul unor programe/subprograme curative, incheiat de casa de asigurari de sanatate cu unitatile sanitare cu paturi, se suspenda printr-o notificare scrisa in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor inclusi in cadrul programelor/subprogramelor de sanatate curative; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate, la nivelul sectiei/sectiilor care deruleaza programe/subprograme de sanatate curative, a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurari de sanatate;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti, incheiat de acelasi furnizor cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative; suspendarea contractului pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative opereaza pe perioada suspendarii contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti;

(2) In cazul reorganizarii unitatilor sanitare cu paturi, prin desfiintarea lor si infiintarea concomitenta a unor noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, contractele pentru finantarea de medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda in cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului national curativ, incheiate cu casele de asigurari de sanatate si aflate in derulare, se preiau de drept de catre noile unitati sanitare infiintate, corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente noilor structuri.

Art.18. - Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare, respectiv farmacii cu circuit deschis, se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare incheiat de acelasi

furnizor cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative; suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare in cadrul programelor nationale de sanatate curative opereaza pe perioada suspendarii contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

b)nerespectarea obligatiei prevazute la art. 10 lit. z), in conditiile in care furnizorul de medicamente/materiale sanitare face dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei si dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare;

c)in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d)la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurari de sanatate.

Art.19. - Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a)suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, incheiat de acelasi furnizor cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative; suspendarea opereaza pe perioada suspendarii contractului de furnizare de servicii medicale, incheiat cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative;

b)nerespectarea obligatiei prevazute la art. 11 lit. ac), in conditiile in care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, precum si a dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare;

c)in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d)la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurari de sanatate.

Art.20. - (1) Modelele de contracte pentru derularea programelor nationale de sanatate sunt prevazute in normele tehnice.

(2) Utilizarea acestor modele de contracte este obligatorie; in cuprinsul contractelor pot fi prevazute clauze suplimentare, negociate intre partile contractante, conform si in limita prevederilor legale in vigoare.

(3) Toate documentele prezentate in copie care stau la baza incheierii contractelor pentru derularea programelor nationale de sanatate sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnatura reprezentantului legal al unitatii de specialitate, pe fiecare pagina.

(4) Directiile de sanatate publica, sau dupa caz institutiile publice din subordinea Ministerului Sanatatii, deconteaza unitatilor de specialitate cu care sunt in relatie contractuala pentru derularea programelor nationale de sanatate publica contravaloarea bunurilor si serviciilor acordate in cadrul programelor nationale de sanatate publica, precum si a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfasoara activitati in cadrul acestora si care fac obiectul contractului incheiat, pe baza de documente justificative si in conditiile

prevazute in normele tehnice.

(5) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale cu care sunt in relatie contractuala pentru derularea programelor nationale de sanatate curative contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale si altora asemenea, conform contractului incheiat, pe baza de documente justificative si in conditiile prevazute in normele tehnice.

(6) Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru exactitatea si realitatea datelor raportate, prin semnatura reprezentantilor legali ai unitatilor de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate.

(7) Decontarea pentru activitatea curenta a anilor 2013-2014 se efectueaza in limita sumelor disponibile aprobate cu aceasta destinatie, in ordine cronologica, dupa cum urmeaza:

a) pana la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor pentru decontarea activitatilor din cadrul programelor nationale de sanatate contractate de catre directiile de sanatate publica, institutiile publice sau Ministerul Sanatatii, dupa caz;

b) pana la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate si acordarii vizei de „bun de plata“;

c) in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de catre directiile de sanatate publica sau, dupa caz, institutiile publice din subordinea Ministerului Sanatatii, in vederea decontarii sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfasoara activitati in cadrul programelor nationale de sanatate.

(8) Farmaciile cu circuit deschis care pot elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si altele asemenea, care se acorda pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor inclusi in programele nationale de sanatate, sunt selectate in conditiile prevazute in Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, aprobat conform legii.

Art.21. - (1) Sumele alocate pentru programele nationale de sanatate se cuprind in bugetele de venituri si cheltuieli ale unitatilor sanitare publice, respectiv in veniturile furnizorilor privati de servicii medicale prin care acestea se deruleaza si se utilizeaza potrivit destinatiilor stabilite.

(2) Unitatile si institutiile sanitare publice care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia gestionarii eficiente a mijloacelor materiale si banesti si a organizarii evidentei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificatiei bugetare, precum si a organizarii evidentei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

(3) Furnizorii privati de servicii medicale care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia gestionarii eficiente a mijloacelor materiale si banesti si a organizarii evidentei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program/subprogram national de sanatate, precum si a organizarii evidentei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

(4) Unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia sa raporteze si sa inregistreze activitatea realizata in registrele nationale ale bolnavilor cu afectiuni cronice incluse in cadrul acestora, in formatul si in conditiile prevazute de actele normative in vigoare.

Art.22. - (1) Ministerul Sanatatii, in calitate sa de unitate de achizitii publice centralizata, desemnata in conditiile legii, efectueaza, la nivel national, achizitii centralizate de medicamente, materiale sanitare si altele asemenea, pentru implementarea programelor nationale de sanatate

nominalizate prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sanatatii sau, dupa caz, al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Ca urmare a achizitiilor centralizate prevazute la alin. (1), unitatea de achizitii publice centralizata incheie acorduri-cadru in numele si pentru unitatile sanitare publice din reseaua Ministerului Sanatatii si reseaua autoritatilor administratiei publice locale, precum si pentru unitatile sanitare publice cu paturi din subordinea ministerelor si institutiilor cu retele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(3) In baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achizitii publice centralizata, unitatile sanitare publice incheie si deruleaza contracte subsecvente, cu avizul Ministerului Sanatatii.

(4) Pana la finalizarea achizitiilor centralizate la nivel national prin semnarea contractelor subsecvente cu ofertantii desemnati castigatori, medicamentele, materialele sanitare si altele asemenea, care se acorda bolnavilor inclusi in programele nationale de sanatate, se achizitioneaza de unitatile sanitare cu paturi prin care se deruleaza programul, cu respectarea legislatiei in domeniul achizitiei publice, la pretul de achizitie, care, in cazul medicamentelor, nu poate depasi pretul de decontare aprobat in conditiile legii.

(5) Pentru medicamentele si materialele sanitare care se acorda pentru tratamentul bolnavilor cu HIV/SIDA, respectiv tuberculoza, contractele subsecvente acordurilor-cadru se incheie de catre unitatile de specialitate desemnate prin normele tehnice.

(6) Metodologia privind incheierea si derularea contractelor de achizitii publice pentru medicamentele, materialele sanitare si altele asemenea necesare tratamentului bolnavilor cu HIV/SIDA, respectiv tuberculoza, se aproba prin normele tehnice.

(7) Achizitionarea medicamentelor, materialelor sanitare si altora asemenea, necesare pentru derularea programelor nationale de sanatate carora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (1), se realizeaza de unitatile sanitare cu paturi prin care se deruleaza programul, cu respectarea legislatiei in domeniul achizitiei publice, la pretul de achizitie, care, in cazul medicamentelor, nu poate depasi pretul de decontare aprobat in conditiile legii.

Art.23. - (1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale si altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, care se acorda bolnavilor cuprinsi in cadrul programelor nationale de sanatate curative, se suporta la nivelul pretului de decontare. Prescrierea medicamentelor in ambulatoriu se face utilizandu-se denumirea comuna internationala (DCI), iar in cazuri justificate medical in fisa medicala a pacientului, precum si in cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comerciala, cu mentionarea in prescriptie si a denumirii comune internationale (DCI) corespunzatoare.

(2) Lista denumirilor comerciale si a preturilor de decontare a medicamentelor care se acorda bolnavilor cuprinsi in cadrul programelor nationale de sanatate, corespunzatoare denumirilor comune internationale (DCI) cuprinse in sectiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotararea Guvernului nr. 720/2008, cu modificarile si completarile ulterioare, se aproba prin ordin al ministrului sanatatii, la propunerea Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(3) Din lista prevazuta la alin. (2) se exclud medicamentele din Catalogul National al Preturilor la Medicamentele de Uz Uman Autorizate de Punere pe Piata, denumit in continuare CANAMED, pentru care detinatorul autorizatiei de punere pe piata nu face dovada ca sunt indeplinite prevederile art. 792 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, respectiv obligatia de asigurare a unor stocuri adecvate si continue de medicamente; pentru medicamentele care dau pretul de decontare, detinatorul autorizatiei de punere pe piata trebuie sa asigure minimum 50% din necesarul de medicamente din cadrul unui DCI, pe fiecare

forma farmaceutica si concentratie. Pentru medicamentele autorizate, nou-intrate pe piata care au pret si au fost listate in CANAMED, detinatorul autorizatiei de punere pe piata este obligat sa asigure medicamentul pe piata de la data avizarii pretului in cantitati suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacientilor.

(4) In situatia in care se constata ca detinatorul autorizatiei de punere pe piata nu a asigurat prezenta medicamentelor pe piata, conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista preturilor de decontare, in termen de maximum 30 de zile de la data comunicarii constatarii lipsei medicamentelor de pe piata, de catre institutiile abilitate, precum si la sesizarea Agentiei Nationale a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale.

(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinsi in cadrul programelor nationale de sanatate curative, farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate au obligatia de a elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale si altele asemenea la nivelul pretului de decontare prevazut la alin. (1), fara a incasa contributie personala pentru acest pret de la asigurati.

(6) In cazul in care pretul cu amanuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutica al medicamentului prescris este mai mare decat pretul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot incasa de la asigurati, numai cu acordul si la solicitarea acestora, diferenta de pret rezultata dintre pretul medicamentului prescris si pretul de decontare al acestuia. In acest sens farmacia trebuie sa obtina acordul informat si scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescriptiei.

(7) Pentru medicamentele utilizate in cadrul programelor nationale de sanatate care se importa cu avizul Ministerului Sanatatii, pretul de decontare se stabileste in conditiile legii.

(8) Medicamentele care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum si celor care au efectuat transplant si pacientilor cu unele boli rare, aprobate prin normele tehnice se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(9) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacientii cu transplant hepatic se asigura prin farmaciile cu circuit inchis apartinand unitatilor sanitare prin care se deruleaza programul.

(10) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afectiuni oncologice inclusi in Programul national de oncologie se elibereaza dupa cum urmeaza:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pentru formele farmaceutice cu administrare orala, precum si pentru factorii de crestere leucocitari care corespund DCI-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum si Fulvestrantum si medicamentele de tip imunomodulator care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A si Interferonum alfa 2B, Bortezomibum;

b) prin farmaciile cu circuit inchis din structura unitatilor sanitare aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pentru formele farmaceutice cu administrare parenterala. In vederea decontarii contravalorii medicamentelor specifice acordate in cadrul programului, prescriptiile se depun la casele de asigurari de sanatate impreuna cu borderoul centralizator si cu documentele justificative prevazute in normele tehnice.

(11) Medicamentele care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, cuprinsi in unele programe nationale de sanatate, se elibereaza prin farmaciile cu circuit inchis apartinand unitatilor sanitare prin care se deruleaza aceste programe, pe baza de prescriptie medicala/condica medicala. In vederea decontarii contravalorii

medicamentelor specifice acordate in cadrul programelor, aceste prescriptii/file de condica se depun la casele de asigurari de sanatate, impreuna cu borderoul centralizator si rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit inchis.

(12) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afectiuni endocrine care corespund DCI-ului Teriparatidum se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(13) Medicamentele care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA si tuberculoza se elibereaza prin farmaciile cu circuit inchis apartinand unitatilor sanitare prin care se deruleaza aceste programe, pe baza de prescriptie medicala/condica medicala. In vederea justificarii consumurilor de medicamente specifice acordate in cadrul programelor, aceste prescriptii/file de condica se depun la unitatile de specialitate prevazute in normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sanatatii, impreuna cu borderoul centralizator si rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit inchis.

Art.24. - (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratati se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratati se asigura in baza contractelor de furnizare de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, incheiate de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente.

(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate sa elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratati la pretul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sanatatii, in conditiile legii.

(4) Conditiiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratati se stabilesc prin normele tehnice, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Art.25. - (1) Prescriptia medicala electronica este un formular utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate pentru prescrierea in tratamentul ambulatoriu a medicamentelor cu si fara contributie personala, precum si a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate curative; modelul prescriptiei medicale electronice si normele metodologice privind utilizarea si modul de completare al acesteia se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Modalitatiile de prescriere, eliberare si decontare a medicamentelor/materialelor sanitare ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate, utilizand prescrierea electronica, se stabilesc prin normele tehnice aprobate prin ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Prescrierea electronica a medicamentelor/materialelor sanitare ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate curative se face on-line si numai in situatii justificate prescrierea se face off-line.

(3) Toti furnizorii de servicii medicale si medicamente/materiale sanitare specifice, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, sunt obligati sa utilizeze prescriptia medicala electronica pentru medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate curative, in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare.

(4) Asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura

electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, cu modificarile ulterioare. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, pentru anii 2013 si 2014.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru derularea programelor nationale de asigurari de sanatate curative au obligatia sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line pana in ultima zi a lunii in care s-a facut prescrierea off-line sau cel tarziu pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunara a activitatii realizate.

(6) In situatia in care nu a fost indeplinita obligatia prevazuta la alin. (5), furnizorii de servicii medicale aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru derularea programelor nationale de sanatate curative au obligatia sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line pana cel tarziu in ultima zi a fiecarui trimestru in care s-a facut prescrierea off-line.

(7) In cazul in care in derularea contractului/conventiei se constata nerespectarea obligatiei prevazute la alin. (6), se retine o suma egala cu contravaloarea prescriptiilor medicale electronice off-line neintroduse in sistemul informatic, prescrise si eliberate in cadrul trimestrului.

(8) Verificarea indeplinirii obligatiei prevazute la alin. (6) se realizeaza trimestrial si cumulativ de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv, de catre casele de asigurari de sanatate, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

(9) Retinerea sumei conform prevederilor alin. (7) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. In situatia in care suma prevazuta la alin. (7) depaseste prima plata, recuperarea sumelor se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(10) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (7) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pentru derularea programelor nationale de sanatate curative in tratamentul ambulatoriu.

(11) Pentru cazurile prevazute la alin. (7), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare program/subprogram national de sanatate curativ si pe fiecare medic prescriptor.

Art.26. - (1) Pentru realizarea atributiilor si activitatilor prevazute in cadrul programelor nationale de sanatate, unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate pot aplica prevederile art. 49 alin. (3)-(6) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Activitatile pentru care se utilizeaza personalul prevazut la alin. (1) sunt prevazute in normele tehnice.

Art.27. - (1) Asigurarea asistentei tehnice si managementului programelor nationale de sanatate publica se realizeaza prin unitati de asistenta tehnica si management al programelor nationale organizate ca structuri organizatorice fara personalitate juridica din cadrul institutiilor publice din subordinea Ministerului Sanatatii.

(2) Unitatile de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate se pot infiinta la nivel national sau regional, dupa caz.

(3) In cadrul unei institutii publice din subordinea Ministerului Sanatatii se infiinteaza o

singura unitate de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate care poate asigura asistenta tehnica si management pentru unul sau mai multe programe nationale de sanatate publica, dupa caz.

(4) Desemnarea institutiilor publice din subordinea Ministerului Sanatatii in cadrul carora se organizeaza unitatile de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate, structura organizatorica, atributiile acestora, precum si orice alte conditii necesare functionarii lor se aproba in conditiile art. 53 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

(5) Cheltuielile privind organizarea si functionarea unitatilor de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate sunt incluse in sumele alocate programelor nationale de sanatate publica.

(6) Pentru realizarea atributiilor de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate, institutiile publice prevazute la alin. (1) pot aplica prevederile art. 53 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art.28. - (1) Ministerul Sanatatii poate incheia contracte cu unitatile aflate sub autoritatea sa, in conditiile prevazute de legislatia din domeniul achizitiilor publice.

(2) Contractele prevazute la alin. (1), incheiate intre Ministerul Sanatatii si unitatile aflate sub autoritatea sa, precum si contractele incheiate pentru bunurile si serviciile necesare implementarii unor programe nationale de sanatate publica pentru care Ministerul Sanatatii organizeaza licitatii la nivel national sunt atribuite de compartimentul intern specializat in domeniul achizitiilor publice. Monitorizarea si derularea contractelor se realizeaza de catre structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sanatatii, in conditiile prevazute in normele tehnice.

Art.29. - (1) Realizarea imunizarii copiilor din grupele eligibile pentru vaccinare, stabilite conform calendarului national de imunizare, precum si realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sanatatii sau directiile de sanatate publica, ca masuri de sanatate publica sau in situatii epidemiologice cu risc crescut de imbolnavire, sunt obligatorii pentru toti medicii de familie si medicii care deservesc unitatile sanitare si unitatile de invatamant, in conditiile legii.

(2) Pentru realizarea activitatilor prevazute la alin. (1), precum si a celor din cadrul Programului national de sanatate a femeii si copilului finantate de la bugetul de stat si/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sanatatii, pentru care se efectueaza achizitii centralizate la nivel national, furnizorii de servicii medicale care implementeaza programe nationale de sanatate publica pot primi produsele achizitionate in baza contractelor incheiate cu directiile de sanatate publica, in conditiile prevazute prin normele tehnice.

(3) Pentru realizarea activitatilor prevazute la alin. (1) medicii care deservesc unitatile de invatamant pot primi produsele achizitionate centralizat in baza contractelor incheiate intre reprezentantul autoritatii locale unde isi desfasoara activitatea si directiile de sanatate publica.

Art.30. - La implementarea programelor nationale de sanatate finantate din bugetul Ministerului Sanatatii sunt admise pierderi sau scaderi cantitative de medicamente, vaccinuri, reactivi si altele asemenea, in limitele maxime de perisabilitate conform normelor tehnice.

Art.31. - Cheltuielile angajate, lichidate si ordonantate in cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele nationale de sanatate in anul precedent si neplatite pana la sfarsitul acestuia se vor plati in anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele nationale de sanatate pentru anul in curs.

Art.32. - Sumele aprobate pentru finantarea programelor nationale de sanatate in anii 2013 si 2014 se utilizeaza dupa cum urmeaza:

a) pentru realizarea obiectivelor si activitatilor desfasurate in anii 2013 si 2014;
b) pentru stingerea obligatiilor de plata inregistrate pana la data de 31 decembrie a anului precedent si ramase neachitate pana la data de 31 decembrie a anului urmator.

Art.33. - In vederea derularii in bune conditii a programelor nationale de sanatate, in urma evaluarilor trimestriale ale indicatorilor specifici si in functie de realizarea obiectivelor si activitatilor propuse se stabileste modul de alocare a resurselor ramase neutilizate.

Art.34. - In cadrul programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica, modalitatea de plata a serviciilor de dializa efectuate in baza contractelor incheiate cu casele de asigurari de sanatate sau cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate este, dupa caz, tarif pe sedinta de hemodializa conventionala, tarif pe sedinta de hemodiafiltrare intermitenta on-line, tarif/pacient cu dializa peritoneala continua/an si tarif/pacient cu dializa peritoneala automata/an, tarife care sunt exprimate in lei si sunt prevazute in normele tehnice aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Tarifele se vor actualiza in functie de cursul valutar lei/euro utilizat in alcatuirea bugetului de stat, incepand cu anul 2014, in limita bugetului disponibil.

Art.35. - (1) Pentru tehnica de calcul si programele informatice achizitionate in vederea derularii Programului national privind evaluarea starii de sanatate a populatiei in asistenta medicala primara, a caror stare tehnica permite exploatarea lor in continuare, se incheie noi contracte de comodat intre directiile de sanatate publica si cabinetele de medicina de familie.

(2) Tehnica de calcul si programele informatice atribuite in folosinta gratuita cabinetelor de medicina de familie in conditiile prevazute la alin. (1) se utilizeaza pentru monitorizarea persoanelor incluse in programele nationale de sanatate, precum si pentru derularea unor programe nationale de sanatate la nivelul cabinetelor de medicina de familie.

(3) Pentru bunurile prevazute la alin. (1) a caror durata normala de utilizare este indeplinita, iar starea tehnica nu mai permite exploatarea lor in continuare, se initiaza procedurile de clasare si declasare potrivit prevederilor legale in vigoare.

Art.36. - Unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia sa respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal si protectia vietii private in sectorul comunicatiilor electronice, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art.37. - Prezenta hotarare intra in vigoare la data de 1 aprilie 2013.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemneaza:
Ministrul sanatatii,
Gheorghe-Eugen Nicolaescu
Viceprim-ministru,
ministrul finantelor publice,
Daniel Chitoiu
Ministrul delegat pentru buget,
Liviu Voinea

Bucuresti, 27 martie 2013.

Nr. 124.

STRUCTURA
programelor nationale de sanatate si obiectivele
acestora pentru anii 2013 si 2014

A. PROGRAME NATIONALE DE SANATATE PUBLICA FINANTATE DIN
BUGETUL MINISTERULUI SANATATII

STRUCTURA:

I. Programele nationale de boli transmisibile

1. Programul national de imunizare

Obiectiv:

Protejarea sanatatii populatiei impotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare

Structura:

1. Subprogramul de vaccinari obligatorii

2. Subprogramul de vaccinari optionale pentru grupele de risc

2. Programul national de supraveghere si control al bolilor transmisibile prioritare

Obiectiv:

Depistarea precoce si asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile in vederea implementarii masurilor de limitare a raspandirii acestora

3. Programul national de prevenire, supraveghere si control al infectiei HIV

Obiective:

a)reducerea morbiditatii asociate cu infectia HIV;

b)reducerea transmiterii verticale a infectiei HIV;

c)reducerea transmiterii pe cale sexuala de la pacient HIV pozitiv la persoana neinfectata HIV prin utilizarea tratamentului antiretroviral;

d)tratamentul bolnavilor cu infectie HIV/SIDA si tratamentul postexpunere;

e)prelungirea duratei de supravietuire pentru persoanele infectate HIV.

4. Programul national de prevenire, supraveghere si control al tuberculozei

a)reducerea prevalentei si a mortalitatii TB;

b)mentinerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonara pozitiva la microscopie;

c)tratamentul bolnavilor cu tuberculoza;

d)mentinerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonara.

5. Programul national de supraveghere si control al infectiilor nosocomiale si monitorizare a utilizarii antibioticelor si a antibioticorezistentei

Obiectiv:

Cresterea calitatii serviciilor medicale in unitatile sanitare cu paturi prin reducerea riscului la infectie nosocomiala

II. Programul national de monitorizare a factorilor determinanti din mediul de viata si munca

Obiectiv:

Protejarea sanatatii publice prin prevenirea imbolnavirilor asociate factorilor de risc

determinanti din mediul de viata si munca

III. Programul national de securitate transfuzionala

Obiectiv:

Asigurarea cu sange si componente sanguine, in conditii de maxima siguranta si cost-eficienta

IV. Programele nationale de boli netransmisibile

1. Programul national de depistare precoce activa a cancerului de col uterin

Obiectiv:

Depistarea precoce activa a cancerului de col uterin prin efectuarea testarii Babes-Papanicolaou la populatia feminina eligibila in regim de screening

2. Programul national de sanatate mintala si profilaxie in patologia psihiatrica

Obiective:

a) prevenirea depresiei si a suicidului;

b) promovarea sanatatii mintale la locurile de munca;

c) asigurarea accesului la programe de sanatate mintala specifice pentru copii si adolescenti.

3. Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana

Obiective:

a) cresterea numarului de donatori vii, donatori aflati in moarte cerebrala, precum si de donatori fara activitate cardiaca;

b) coordonarea activitatilor de transplant;

c) asigurarea testarii imunologice si virusologice a potentialilor donatori, precum si a receptorilor;

d) asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate in insuficienta cronica ireversibila si/sau inlocuirea tesuturilor nefunctionale prin transplant de organe, tesuturi si/sau celule;

e) evaluarea periodica a pacientilor transplantati;

f) crearea si gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul Romaniei privind persoanele fizice care si-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;

g) tratamentul infertilitatii cuplului.

Structura:

3.1. Subprogramul de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana

3.2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice periferice si centrale

3.3. Subprogramul de fertilizare in vitro si embriotransfer

4. Programul national de boli endocrine

Obiectiv:

Prevenirea si depistarea precoce a afectiunilor endocrine cu impact major asupra starii de sanatate a populatiei, in scopul scaderii morbiditatii prin gusa datorata carentei de iod si complicatiilor sale

5. Programul national de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevazute in normele tehnice

6. Programul national de management al registrelor nationale

Obiectiv:

Dezvoltarea, implementarea si managementul registrelor nationale ale bolnavilor cronici

V. Programul national de evaluare si promovare a sanatatii si educatie pentru sanatate

Obiectiv:

Imbunatatirea starii de sanatate a populatiei prin promovarea unui stil de viata sanatos si combaterea principalilor factori de risc

Structura:

1. Subprogramul de promovare a unui stil de viata sanatos
2. Subprogramul de prevenire si combatere a consumului de tutun
3. Subprogramul de supraveghere a starii de sanatate a populatiei

VI. Programul national de sanatate a femeii si copilului

Obiective:

- a)cresterea accesului si a calitatii serviciilor specifice de sanatate a reproducerii pentru prevenirea sarcinilor nedorite, morbiditatii si mortalitatii materne;
- b)regionalizarea ingrijirilor perinatale pentru copiii cu greutate mica la nastere sau alte patologii grave in perioada perinatale;
- c)realizarea screeningului la nastere al unor afectiuni cu un potential invalidant si posibilitati de preventie a handicapului;
- d)ameliorarea starii de nutritie a gravidei si a copilului;
- e)depistarea precoce si prevenirea secundara a unor complicatii la unele boli cronice ale copilului.

Structura:

1. Subprogramul pentru ameliorarea starii de nutritie a gravidei si copilului
2. Subprogramul de sanatate a copilului
3. Subprogramul de sanatate a femeii

B. PROGRAME NATIONALE DE SANATATE CURATIVE FINANTATE DIN BUGETUL FONDULUI NATIONAL UNIC DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE

STRUCTURA:

Programul national de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afectiuni cardiovasculare prin:

- a)proceduri de cardiologie interventionala;
- b)proceduri de chirurgie cardiovasculara;
- c)proceduri de chirurgie vasculara.

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afectiuni oncologice

Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)

Obiectiv:

Tratamentul surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)

Programul national de diabet zaharat

Obiective:

- a)preventia secundara a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];
- b)asigurarea tratamentului medicamentos al pacientilor cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor specifice (pompe de insulina si materiale consumabile pentru acestea);
- c)automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratati.

Programul national de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroza multipla

Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie si talasemie

Programul national de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevazute in normele tehnice

Programul national de sanatate mintala

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodependenta, precum si testarea metabolitilor stupefiantelor la acestia

Programul national de boli endocrine

Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoza, gusa datorata carentei de iod si proliferari maligne

Programul national de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

a)bolnavilor cu afectiuni articulare prin endoprotezare;

b)pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauza tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;

c)bolnavilor cu diformitati de coloana vertebrala prin implant segmentar de coloana;

d)bolnavilor cu patologii tumorale, degenerativa sau traumatica prin chirurgie spinala.

Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana

Obiective:

a)tratamentul starii posttransplant in ambulatoriu a pacientilor cu transplant;

b)tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacientii cu transplant hepatic.

Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica

Obiectiv:

Asigurarea serviciilor de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, investigatii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati prin hemodializa conventionala sau hemodiafiltrare intermitenta on-line de la si la domiciliul pacientilor, transportul lunar al medicamentelor si materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul pacientilor

Programul national de terapie intensiva a insuficientei hepatice

Obiectiv:

Tratamentul pacientilor cu insuficienta hepatica prin epurare extrahepatica

Programul national de diagnostic si tratament cu ajutorul aparaturii de inalta performanta

Obiective:

a)asigurarea investigatiilor diagnostice si a tratamentului unor afectiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de inalta performanta;

b)tratamentul bolnavilor cu maladia Parkinson prin implantarea dispozitivelor de stimulare profunda;

c)tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistenta la tratament medicamentos prin proceduri microchirurgicale sau prin implantarea unui stimulator al nervului vag;

d)tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitala sau dobandita prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;

e)tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular.Structura:

1. Subprogramul de radiologie interventionala

2. Subprogramul de diagnostic si tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobandite la copil
4. Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular