HOTĂRÂRE nr. 155 din 30 martie 2017 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2017 şi 2018

Forma sintetică la data 04-Apr-2017. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® şi tehnologia Acte Sintetice sunt mărci inregistrate ale Wolters Kluwer.

*(la data 01-Apr-2017 a se vedea referinte de aplicare din **Ordinul 245/2017**)*

*(la data 01-Apr-2017 a se vedea referinte de aplicare din **Ordinul 377/2017**)*

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1

(1) Se aprobă programele naţionale de sănătate pentru anii 2017 şi 2018, precum şi structura şi obiectivele acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

(2) Programele naţionale de sănătate se derulează în mod distinct după cum urmează:

a)de către Ministerul Sănătăţii - programele naţionale de sănătate publică;

b)de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate - programele naţionale de sănătate curative.

Art. 2

Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2017 şi 2018, denumite în continuare norme tehnice, se aprobă după cum urmează:

a)prin ordin al ministrului sănătăţii, pentru programele naţionale de sănătate publică;

b)prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătăţii, pentru programele naţionale de sănătate curative.

Art. 3

(1) Programele naţionale de sănătate publică se finanţează de la bugetul Ministerului Sănătăţii, din bugetul de stat şi din venituri proprii, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.

(2) Programele naţionale de sănătate curative se finanţează de la bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.

(3) Sumele alocate programelor naţionale de sănătate sunt aprobate anual prin legea bugetului de stat, potrivit prevederilor Legii nr. **500/2002** privind finanţele publice, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Detalierea fondurilor menţionate la alin. (1) şi (2) pe programe naţionale de sănătate publică, respectiv programe naţionale de sănătate curative este prevăzută în normele tehnice.

Art. 4

(1) Programele naţionale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătăţii cu participarea Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Implementarea programelor naţionale de sănătate se realizează prin unităţi de specialitate, prevăzute în normele tehnice.

(3) Includerea unităţilor de specialitate în programele naţionale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi a unei metodologii de selecţie care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

(4) Unităţile de specialitate sunt:

a)instituţii publice;

b)furnizori publici de servicii medicale;

c)furnizori privaţi de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacităţii furnizorilor publici de servicii medicale; selecţia furnizorilor privaţi de servicii medicale se realizează potrivit prevederilor alin. (3);

d)furnizori privaţi de medicamente şi dispozitive medicale.

(5) Programele naţionale de sănătate publică derulate şi finanţate de Ministerul Sănătăţii sunt prevăzute la lit. A din anexă.

Art. 5

(1) Programele naţionale de sănătate curative derulate şi finanţate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sunt prevăzute la lit. B din anexă.

(2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări sociale de sănătate judeţene şi a municipiului Bucureşti, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării,

Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor aprobate, precum şi de monitorizarea, controlul şi analiza indicatorilor fizici şi de eficienţă pentru programele naţionale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă.
(3) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate transmite structurii cu atribuţii în elaborarea şi coordonarea programelor naţionale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătăţii, trimestrial, anual şi ori de câte ori este nevoie, indicatorii fizici şi de eficienţă pentru programele naţionale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, precum şi modul în care acestea sunt derulate.

Art. 6

(1) Ministerul Sănătăţii repartizează direcţiilor de sănătate publică, unităţilor sanitare din reţeaua sanitară proprie, precum şi instituţiilor din subordine fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă, în condiţiile legii.
(2) Controlul derulării programelor naţionale de sănătate publică se exercită de către direcţiile de sănătate publică şi/sau de către structurile de control din cadrul Ministerului Sănătăţii, după caz.
(3) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici şi de eficienţă realizaţi în anul precedent.

Art. 7

(1) Sumele alocate pentru programele naţionale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor de specialitate prin care acestea se implementează.
(2) Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli şi execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate derulate.
(3) Sumele aprobate pentru derularea programelor naţionale de sănătate publică se alocă lunar, la solicitările unităţilor de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate, întocmite pe baza cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate, în funcţie de indicatorii realizaţi şi în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, însoţite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.
(4) Sumele aprobate pentru decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altele asemenea eliberate şi serviciilor medicale efectuate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate, în funcţie de indicatorii realizaţi şi în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, însoţite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.
(5) Sumele prevăzute în bugetul Ministerului Sănătăţii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă se alocă după cum urmează:
a)instituţiilor publice şi furnizorilor de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătăţii, pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică şi/sau asigurarea asistenţei tehnice şi managementului programelor naţionale de sănătate, după caz;
b)furnizorilor de servicii medicale din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale şi a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum şi furnizorilor de servicii medicale privaţi, în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică sau, după caz, cu instituţiile publice din subordinea Ministerului Sănătăţii, după caz.
(6) Sumele prevăzute în bugetul Fondului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă se alocă în baza contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate.
(7) Pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare şi monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing şi neuroblastom, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (4), care sunt în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, după caz. Medicamentele în tratamentul ambulatoriu eliberate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, care fac

obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii în baza actelor adiţionale încheiate în acest sens.
(8) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie şi a Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie în spitalizare de zi, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:
a)cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (4) lit. b) şi c) care se află în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti;
b)cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (4) lit. b) şi c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă şi care se află sau nu se află în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.
(9) Unităţile de specialitate prevăzute la alin. (8) lit. b), în vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii de eligibilitate:
a)să fie organizate în una dintre formele legale prevăzute de actele normative în vigoare;
b)să fie autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.
(10)În vederea intrării în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, unităţile de specialitate prevăzute la alin. (8) lit. b) au obligaţia de a depune documentele prevăzute în normele tehnice.

Art. 8

(1) Raporturile stabilite între unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acţiuni multianuale, ce se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2018.
(2)În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate şi stipulate în acte adiţionale, potrivit şi în limita prevederilor legale în vigoare.
(3) Angajamentele legale încheiate în exerciţiul curent din care rezultă obligaţii nu pot depăşi creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.
(4) Creditele bugetare aferente acţiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanţate şi plătite în cursul exerciţiului bugetar. Plăţile sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exerciţiul bugetar curent sau în exerciţiile bugetare anterioare.
(5) Sumele nedecontate pentru medicamentele şi materialele sanitare specifice utilizate în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi sumele nedecontate pentru servicii de dializă şi serviciile de radioterapie efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.
(6) Angajamentele legale aferente medicamentelor şi materialelor sanitare specifice utilizate pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi pentru servicii de dializă, servicii de radioterapie, efectuate în luna decembrie, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu pot depăşi media lunară a primelor 11 luni ale aceluiaşi an.
(7) Casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, de medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram naţional de sănătate.
(8) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi/sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naţionale de sănătate curative pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim ambulatoriu/de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitaliceşti furnizate în regim de spitalizare continuă într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare continuă nu poate acorda serviciile.

(9) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor, asigurate bolnavilor în cadrul programului naţional de oncologie pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale furnizate în regim de spitalizare de zi în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare de zi nu poate acorda serviciile.
(10) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (8) şi (9), serviciile asigurate sunt validate şi decontate din bugetul programelor naţionale de sănătate curative.
(11) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (8) şi (9), dacă pacientul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor asigurate în cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ.

Art. 9

Unităţile sanitare cu paturi, furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, furnizorii de servicii medicale paraclinice, furnizorii de servicii de dializă, furnizorii de servicii de radioterapie aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative au următoarele obligaţii generale:
a)să furnizeze servicii medicale pacienţilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;
b)să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, potrivit destinaţiei acestora;
c)să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor/ materialelor sanitare specifice din cadrul programelor naţionale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;
d)să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cu excepţia serviciilor de iniţiere a tratamentului la bolnavii cu insuficienţă renală cronică care nu se decontează din suma aprobată Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică; unităţile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;
e)să întocmească şi să transmită lunar la casa de asigurări de Sănătate documentele justificative/declaraţiile de servicii lunare, în vederea validării şi decontării contravalorii facturii/facturilor aferente medicamentelor, inclusiv medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate, precum şi a serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract şi a sumelor disponibile cu această destinaţie; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele şi materialele sanitare specifice din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente şi materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;
f)să organizeze evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea şi valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;
g)să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h)să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei care îndeplinesc criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice şi sunt publicaţi pe site-ul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate;
i)să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
j)să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;
k)să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale/ medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
l)să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
m)să solicite cardul naţional de asigurări sociale de sănătate/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. **95/2006**, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, serviciilor, după caz. În situaţia în care ridicarea medicamentelor şi/sau materialelor sanitare specifice de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul naţional de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
n)să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate, iar în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispoziţiilor Legii nr. **455/2001** privind semnătura electronică, republicată; serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. **95/2006**, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o)să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile prevăzute la lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale furnizate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispoziţiilor Legii nr. **455/2001**, republicată. în situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
p)să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;
q)să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;
r)să informeze asiguraţii cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicaţiilor medicale şi asupra consecinţelor nerespectării acestora în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, precum şi cu privire la decontarea din Fond numai a materialelor sanitare specifice şi a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern;
s)să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 10

Unităţile sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative au următoarele obligaţii specifice:
a)să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale şi băneşti;
b)să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare atât în prevederi, cât şi în execuţie;
c)să achiziţioneze, în condiţiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ţinând cont de nevoile reale, consumurile realizate şi de stocurile cantitativ-valorice, în condiţiile legii, la nivelul preţului de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare;
d)să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/ subprogramelor naţionale de sănătate, cu evidenţe distincte, inclusiv pentru DCI-urile notate cu (**)[1], prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. **720/2008** pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare precum şi pentru DCI-urile care fac obiectul contractelor cost-volum;
e)să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line/copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoţite de borderourile centralizatoare cu evidenţe distincte pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate;
f)să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică on-line şi numai pentru situaţii justificate prescripţia electronică off-line, pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru medicamentele şi materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naţionale de sănătate curative; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. **455/2001**,

republicată, iar în situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele şi materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condiţiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, să informeze asiguraţii prin medicii curanţi/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

g)să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale, potrivit prevederilor legale în vigoare; în vederea asigurării tratamentului cu medicamente biologice, precum şi în cazul medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea acestora în foaia de observaţie clinică generală/foaia de spitalizare de zi se realizează pe denumire comercială;

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

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

j)să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate informaţiile şi documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul Fondului;

k)să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

l)să nu raporteze în sistem DRG activităţile ce se decontează din bugetul aferent programelor naţionale de sănătate curative;

m)să asigure medicamente în cadrul programelor naţionale curative de oncologie, diabet zaharat şi hemofilie pentru pacienţii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

n)să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea pentru pacienţii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

o)să întocmească evidenţe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea asigurate potrivit prevederilor lit. m) şi n) şi decontate din bugetul Fondului;

p)să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală serviciile prevăzute la lit. m) şi n), însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare;

q)să asigure bolnavului care se află în spitalizare continuă transportul medicalizat, după caz, în vederea efectuării serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;
r)să întocmească şi să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condiţiile pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naţionale curative de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile, ortopedie şi boli cardiovasculare. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
s)să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate pe care le derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora.

Art. 11

Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, au următoarele obligaţii specifice:
a)să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare denumirilor comune internaţionale (DCI) prevăzute în sublista C, secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. **720/2008**, cu modificările şi completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de decontare, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi;
b)să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi denumiri comune internaţionale (DCI), cu prioritate la preţurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului şi înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele şi materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;
c)să verifice prescripţiile medicale off-line şi cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice off-line/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;
d)să respecte modul de eliberare a medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/ subprograme naţionale de sănătate curative, în condiţiile reglementărilor legale în vigoare, şi să nu înlocuiască un produs biologic cu biosimilarul, fără recomandarea medicului;
e)să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte potrivit prevederilor legale în vigoare;
f)să elibereze asiguraţilor medicamentele din prescripţiile medicale şi/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative din prescripţiile medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract;
g)să anuleze DCI-urile/medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", în faţa primitorului, pe exemplarele prescripţiei medicale electronice off-line,

în condiţiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare specifice din farmacie în cadrul sumei respective;
h)să nu elibereze medicamentele şi materialele sanitare specifice din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;
i)să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală;
j)să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
k)să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative;
l)să elibereze medicamentele şi materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, la nivelul preţului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi; în cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât preţul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul medicamentului prescris şi preţul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei;
m)să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum şi dacă nu au fost respectate condiţiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi la durata terapiei;
n)să nu elibereze medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuţie decât cele prevăzute în contract;
o)să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic, respectiv farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;
p)să elibereze medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:
1.(i) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naţionale curative de oncologie şi diabet zaharat, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;
2.(ii) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;
3.(iii) pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
q)să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate,

respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, şi să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale consumul de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice, însoţit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de decontare stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ;

r)să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/sub programe naţionale de sănătate curative acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală consumul de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice, însoţit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de decontare stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ;

s)să elibereze, conform prevederilor legale în vigoare şi să întocmească evidenţe distincte în condiţiile prevăzute în norme pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum.

ş)să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit legii.

Art. 12

Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naţionale de sănătate curative au următoarele obligaţii specifice:

a)să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

b)să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în prezenta hotărâre şi normele tehnice;

c)să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate, precum şi programul de lucru pe care trebuie să îl respecte şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate; informaţiile privind serviciile medicale paraclinice şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

d)să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

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

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

g)să efectueze investigaţia PET-CT numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experţi de pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; valabilitatea deciziei de aprobare este de 45 de zile calendaristice;

h)să utilizeze numai reactivi care au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

i)să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice, potrivit specificaţiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;
j)să consemneze rezultatele şi să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor PET-CT, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului;
k)să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate;
l)să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, potrivit contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;
m)să asigure prezenţa unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezenţa unui medic de radiologie şi imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă pe zi, respectiv de 6 ore;
n)să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică emis potrivit prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
o)să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele dozărilor hemoglobinei glicozilate efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;
p)să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizate potrivit Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. **83/2000** privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. **598/2001**;
q)să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
r)să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele/subprogramele naţionale de sănătate pe care le derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora;
s)să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
ş)să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
t)să întocmească evidenţe distincte şi să le raporteze, însoţite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate şi decontate din bugetul Fondului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, respectiv pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

Art. 13

Furnizorii de servicii de dializă aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii specifice:
a)să furnizeze serviciile de dializă potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. **1.718/2004** privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, cu modificările ulterioare, precum şi cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licenţierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor şi să utilizeze numai medicamente şi materiale sanitare specifice, aparatură şi echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licenţiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;
b)să furnizeze serviciile de dializă pacienţilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. **883/2004** al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
c)să depună la autorităţi rapoartele cerute de normele de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;
d)să angajeze personalul de specialitate proporţional cu cerinţele minimale de personal prevăzute în normele de dializă şi să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;
e)să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;
f)să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum şi serviciile de dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate; informaţiile privind serviciile de dializă şi tarifele corespunzătoare serviciilor de dializă sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
g)să permită personalului caselor de asigurări de Sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică şi faptică a modului de îndeplinire a obligaţiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele şi materialele sanitare specifice achiziţionate şi utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;
h)să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în normele tehnice;
i)să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru programul naţional de sănătate pe care îl derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestuia.
j)să raporteze corect şi complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;
k)să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;
l)să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
m)să asigure prezenţa personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. **1.718/2004**, cu modificările ulterioare;
n)să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;
o)să anunţe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienţi noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă

publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. **1.718/2004**, cu modificările ulterioare;
p)să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situaţie privind bolnavii decedaţi;
q)să asigure transportul nemedical al pacienţilor pentru hemodializă: hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice pentru pacienţii cu dializă peritoneală continuă sau automată prevăzuţi în contract şi să răspundă de calitatea transporturilor;
r)să raporteze datele on-line Registrului Renal Român în formatul cerut de acesta;
s)să întocmească evidenţe distincte şi să le raporteze distinct, însoţite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale pentru serviciile medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. **883/2004** pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

Art. 14

Furnizorii de servicii de radioterapie aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de radioterapie au următoarele obligaţii specifice:
a)să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. **111/1996** privind desfăşurarea în siguranţă, reglementarea, autorizarea şi controlul activităţilor nucleare, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. **94/2004**, cu modificările şi completările ulterioare, şi Normelor privind radioprotecţia persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiaţii ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei şi al preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. **285**/**79/2002**, cu completările ulterioare, precum şi să utilizeze numai aparatură şi echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;
b)să furnizeze serviciile de radioterapie pacienţilor titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis da unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
c)să depună la autorităţi rapoartele cerute de normele de radioterapie, potrivit prevederilor legale în vigoare;
d)să angajeze personalul de specialitate potrivit cerinţelor specifice de securitate radiologică în radioterapia medicală umană prevăzute în Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. **94/2004**, cu modificările şi completările ulterioare, şi în Normele privind expertul în fizică medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. **1.272**/**266/2006**, precum şi să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;
e)să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;
f)să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanţă cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. **94/2004**, cu modificările şi completările ulterioare, şi să îl respecte, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum şi serviciile de radioterapie cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative; informaţiile privind serviciile de radioterapie şi tarifele corespunzătoare serviciilor de radioterapie sunt afişate de furnizori în

formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
g)să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate verificarea documentelor şi a modului de îndeplinire a obligaţiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului;
h)să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în normele tehnice;
i)să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate pe care le derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora;
j)să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;
k)să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
l)să asigure prezenţa unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical şi a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă întreagă pe zi programul unităţii de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie şi de fizicianul medical care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;
m)să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum şi celor stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. **94/2004**, cu modificările şi completările ulterioare;
n)să întocmească şi să transmită lunar, la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condiţiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
o)să nu raporteze în sistem DRG activităţile ce se decontează din bugetul aferent programelor naţionale de sănătate curative;
p)să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale serviciile de radioterapie asigurate potrivit lit. b) şi decontate din bugetul Fondului, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare.

Art. 15

(1) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţii contractuale cu furnizorii pentru finanţarea programelor/ subprogramelor de sănătate curative au următoarele obligaţii:
a)să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi şi care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, precum şi cu furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;
b)să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de

contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;
c)să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d)să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate curative şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e)să efectueze, prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, potrivit prevederilor normelor tehnice;
f)să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
g)să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale/ medicamentelor/materialelor sanitare specifice/investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat de acestea, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;
h)să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
i)să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;
j)să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.
(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, la termenul prevăzut în normele tehnice, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a publica pe site-ul propriu lista unităţilor sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ.

Art. 16

(1) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 9 lit. a)-s) şi art. 10 lit. a)-g), i), j) şi l)-s) în contractele încheiate cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/ subprogramelor naţionale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancţiuni de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

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

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

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

(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 10 lit. h) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru programul naţional/subprogramul respectiv.

(3) Nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 10 lit. h) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru programul naţional/subprogramul respectiv.

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

(5)În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 10 lit. k), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

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

c)la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, se reţine o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea totală aferentă prescripţiilor medicale electronice prescrise off-line şi a prescripţiilor medicale cu regim special unic pe ţară, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(6)În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum şi în cazul nerespectării obligaţiei de la art. 11 lit. j), se aplică următoarele măsuri:

a)la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

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

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

(7)În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. e), g), i)-l) şi p)-s) şi art. 11 lit. a)-i), k)-m) şi p)- s) se aplică următoarele măsuri:
a)la prima constatare, avertisment scris;
b)la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c)la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(8) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 11 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.
(9) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciştilor din România cu privire la aplicarea fiecărei sancţiuni pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 11 lit. j), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competenţă.
(10) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.
(11)În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. a), m), n) şi art. 11 lit. ş) se aplică următoarele măsuri:
a)la prima constatare, diminuarea cu 1% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;
b)la a doua constatare, diminuarea cu 3% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c)la a treia constatare, diminuarea cu 9% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(12)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. a)-l), o), r), s) şi art. 12 lit. a)-d), f), h)-l), o) şi t) se aplică următoarele sancţiuni;
a)la prima constatare, avertisment scris;
b)la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(13)În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 12 lit. e), g) şi ş) şi/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(14)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. m), n) şi art. 12 lit. r) şi s) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:
a)la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
b)la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c)la a treia constatare reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(15)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. b)-h), m)-o) şi art. 13 lit. b)-d), f), h), i), k), m) şi q)-s) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:
a)la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
b)la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(16) Nerespectarea obligaţiei prevăzute art. 13 lit. j) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(17) Nerespectarea obligaţiei prevăzute art. 13 lit. j) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la alin. (16), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(18) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii de dializă a datelor privind consumul trimestrial de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.
(19) Nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 13 lit. o) şi p) atrage reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(20)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. i)-l), p), r) şi s) şi art. 13 lit. e) şi n) se aplică următoarele sancţiuni:
a)la prima constatare, avertisment scris;
b)la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(21)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. b)-h), m)-o) şi art. 14 lit. b)-d), f), h)-j), l) şi n)-p) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:
a)la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrai aceste situaţii;
b)la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c)la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(22)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. i)-l), p), r) şi s) şi art. 14 lit. e) şi m), se aplică următoarele sancţiuni:
a)la prima constatare, avertisment scris;
b)la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(23)În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile de dializă sau radioterapie, după caz, raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă sau radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(24)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, de servicii de dializă şi de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. q), contravaloarea serviciilor se va diminua după cum urmează:
a)la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
b)la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c)la a treia constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(25) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(24) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate

pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reţinerea sumei potrivit prevederilor alin. (6)-(8) se aplică la nivel de farmacie.
(26) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(24) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/ subprogramelor naţionale de sănătate curative.
(27) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1)-(24), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.
(28) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(24) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.
(29) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1)-(24) pentru unităţile sanitare cu paturi.

Art. 17

(1) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a)dacă din motive imputabile farmaciei aceasta nu îşi începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului pentru furnizarea de medicamente/materiale sanitare specifice în cadrul unor programe/subprograme naţionale de sănătate curative;
b)dacă din motive imputabile farmaciei aceasta îşi întrerupe activitatea pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c)în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare;
d)la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;
e)dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
f)la prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 16 alin. (6) pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 16 alin. (6), pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societăţii farmaceutice/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii farmaceutice se aplică măsurile prevăzute la art. 16 alin. (6), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/ oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;
g)în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoţite de borderouri şi prescripţii medicale privind eliberarea de medicamente şi potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
h)odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 16 alin. (7); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 11 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;
i)în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare specifice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau a materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate potrivit contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, potrivit solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

j)la prima constatare, în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 11 lit. n) şi o).
(2) Pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f)-h) şi j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 9 lit. e), i) şi l) şi art. 11 lit. n) şi o) se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.
(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a)dacă din motive imputabile furnizorului de servicii medicale paraclinice acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
b)dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;
d)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
e)nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
f)la a doua constatare a faptului că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
g)la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 9 lit. a), c), d), g)-j), l), r) şi art. 12 lit. a)- c);
h)în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute art. 12 lit. m), pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractului;
i)refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului naţional de sănătate curativ;
j)furnizarea de servicii medicale paraclinice în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;
k)refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art. 9 lit. p).
l)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute art. 12 lit. n), p) şi q);
m)odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancţiunilor prevăzute art. 16 alin. (12), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 16 alin. (13) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancţiunilor prevăzute art. 16 alin. (12) în cursul unui an; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică în cursul unui an sancţiunile prevăzute art. 16 alin. (12), pentru aceeaşi filială sau pentru acelaşi punct de lucru din structura

sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;
n)la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. q).
(4) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a)dacă din motive imputabile furnizorului de servicii de dializă, acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de dializă;
b)expirarea perioadei de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar sau expirarea deciziei de evaluare;
c)nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;
d)în cazul în care se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
e)refuzul furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului naţional de sănătate;
f)refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate art. 13 lit. g);
g)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. a) şi art. 13 lit. a) şi l);
h)odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancţiunii prevăzute la art. 16 alin. (15);
i)la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă de a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. q).
(5) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de radioterapie se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a)dacă furnizorul de servicii de radioterapie nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de radioterapie;
b)expirarea perioadei de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, expirarea deciziei de evaluare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizaţiei de utilizare eliberate de Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare potrivit prevederilor Legii nr. **111/1996**, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
c)nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;
d)în cazul în care se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
e)refuzul furnizorului de servicii de radioterapie de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de radioterapie în cadrul subprogramului naţional de sănătate;

f)refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate art. 14 lit. (g);
g)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute art. 9 lit. a) şi art. 14 lit. a), g) şi k);
h)odată cu prima constatare, după aplicarea pe toată perioada contractului a sancţiunii prevăzute art. 16 alin. (21);
i)la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 9 lit. q).
(6) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative se reziliază de plin drept ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, încheiate între aceleaşi părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

Art. 18

(1) Contractul de furnizare de medicamente/ materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice, servicii de dializă şi servicii de radioterapie încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a)furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
b)încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului, după caz;
c)încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate.
(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice/servicii de dializă şi servicii de radioterapie încetează în următoarele situaţii:
a)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
b)acordul de voinţă al părţilor;
c)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.
(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative încetează în condiţiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, încheiate între aceleaşi părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 19

(1) Contractul de furnizare de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice, servicii Gamma Knife, servicii de diagnosticare şi monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom), servicii de radioterapie, respectiv servicii de dializă care se acordă în cadrul unor programe/subprograme curative, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unităţile sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situaţii:
a)una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul programelor/ subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;
b)încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secţiei/secţiilor care derulează programe/subprograme de sănătate curative, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar;
c)pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d)la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;
e)suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.
(2)În cazul reorganizării unităţilor sanitare cu paturi, prin desfiinţarea lor şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanţarea de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului naţional curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

Art. 20

Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice - farmacii cu circuit deschis se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a)suspendarea contractului de furnizare de medicamente/ materiale sanitare specifice încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative; suspendarea contractului de furnizare de medicamente/ materiale sanitare specifice în cadrul programelor naţionale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
b)nerespectarea obligaţiei prevăzute art. 11 lit. o), în condiţiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare specifice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei şi dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;
c)în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
d)la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

Art. 21

Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a)suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative; suspendarea operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative;
b)nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 12 lit. q), în condiţiile în care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum şi a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;
c)în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
d)la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

Art. 22

(1) Modelele de contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.
(2) Utilizarea acestor modele de contracte este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părţile contractante, potrivit şi în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente şi materiale sanitare specifice pentru derularea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naţionale de sănătate curative, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afişare la sediile instituţiilor, publicare pe paginile web ale acestora şi anunţ în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.
(4)În cazul în care furnizorii de servicii medicale, medicamente şi materiale sanitare specifice depun cererile însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite şi comunicate de către casele de asigurări de sănătate şi nu participă la încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfăşura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepţia situaţiilor ce constituie cazuri de forţă majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, şi notificate de îndată casei de asigurări de sănătate.
(5) Casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, medicamente şi materiale sanitare specifice, în limita fondurilor aprobate pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ.
(6) Toate documentele prezentate în copie care stau la baza încheierii contractelor pentru derularea programelor naţionale de sănătate sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al unităţii de specialitate, pe fiecare pagină.
(7) Direcţiile de sănătate publică sau, după caz, instituţiile publice din subordinea Ministerului Sănătăţii decontează unităţilor de specialitate cu care sunt în relaţie contractuală pentru derularea programelor naţionale de sănătate publică contravaloarea bunurilor şi serviciilor acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate publică, precum şi a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfăşoară activităţi în cadrul acestora şi care fac obiectul contractului încheiat, pe bază de documente justificative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.
(8) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale cu care sunt în relaţie contractuală pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altora asemenea potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.
(9) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru exactitatea şi realitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai unităţilor de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate.
(10) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2017-2018 se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinaţie, în ordine cronologică, după cum urmează:
a)până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor pentru decontarea activităţilor din cadrul programelor naţionale de sănătate contractate de către direcţiile de sănătate publică, instituţii publice sau Ministerul Sănătăţii, după caz;
b)până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate şi acordării vizei de "bun de plată", cu excepţia serviciilor de dializă şi a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate şi acordării vizei de "bun de plată";
c)în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de către direcţiile de sănătate publică sau, după caz, instituţiile publice din subordinea Ministerului Sănătăţii, în vederea decontării sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfăşoară activităţi în cadrul programelor naţionale de sănătate.

Art. 23

(1) Sumele alocate pentru programele naţionale de sănătate se cuprind în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privaţi de servicii medicale prin care acestea se derulează şi se utilizează potrivit destinaţiilor stabilite.

(2) Unităţile şi instituţiile sanitare publice care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/ subprogramului.
(3) Furnizorii privaţi de servicii medicale care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/ subprogramului.
(4) Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia să raporteze şi să înregistreze activitatea realizată în registrele naţionale ale bolnavilor cu afecţiuni cronice incluse în cadrul acestora, în formatul şi în condiţiile prevăzute de actele normative în vigoare.

Art. 24

(1) Ministerul Sănătăţii, în calitatea sa de unitate de achiziţii publice centralizată, desemnată în condiţiile legii, efectuează, la nivel naţional, achiziţii centralizate de medicamente, materiale sanitare specifice şi altele asemenea, pentru implementarea programelor naţionale de sănătate nominalizate prin normele tehnice.
(2) Ca urmare a achiziţiilor centralizate prevăzute la alin. (1), unitatea de achiziţii publice centralizată încheie acorduri-cadru în numele şi pentru unităţile sanitare publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii şi reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale, precum şi pentru unităţile sanitare publice cu paturi din subordinea ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii, la solicitarea acestora.
(3)În baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achiziţii publice centralizată, unităţile sanitare publice încheie şi derulează contracte subsecvente, cu avizul Ministerului Sănătăţii.
(4)Până la finalizarea achiziţiilor centralizate la nivel naţional prin semnarea contractelor subsecvente cu ofertanţii desemnaţi câştigători, medicamentele, materialele sanitare specifice şi altele asemenea, care se acordă bolnavilor incluşi în programele naţionale de sănătate, se achiziţionează de unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, la preţul de achiziţie, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.
(5) Achiziţionarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice şi altora asemenea, necesare pentru derularea programelor naţionale de sănătate cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (1), se realizează de unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, la preţul de achiziţie, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

Art. 25

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, se suportă la nivelul preţului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se DCI, iar în cazuri justificate medical, în fisa medicală a pacientului, în cazul produselor biologice, precum şi în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menţionarea în prescripţie şi a DCI corespunzătoare.
(2) Lista denumirilor comerciale, a preţurilor de decontare a medicamentelor şi a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. **720/2008**, cu modificările şi completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
(3) Pentru medicamentele autorizate, care au primit preţ şi au fost listate în Catalogul naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România (CANAMED), deţinătorul de autorizaţie de punere pe piaţă este obligat să asigure medicamentul pe piaţă în cantităţi suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor, de la data avizării preţului.
(4)În situaţia în care se constată că deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu a asigurat prezenţa medicamentelor pe piaţă, potrivit prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (2), în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării constatării

lipsei medicamentelor de pe piaţă, de către instituţiile abilitate, precum şi la sesizarea Agenţiei Naţionale a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale.
(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a elibera medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea la nivelul preţului de decontare prevăzut la alin. (1), fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi.
(6) Pentru medicamentele utilizate în cadrul programelor naţionale de sănătate care se importă cu avizul Ministerului Sănătăţii, preţul de decontare se stabileşte în condiţiile legii.
(7) Medicamentele care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum şi pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor care au efectuat transplant şi pentru tratamentul ambulatoriu al pacienţilor cu unele boli rare, aprobate prin normele tehnice, se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(8) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienţii cu transplant hepatic se asigură prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează programul.
(9) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecţiuni oncologice incluşi în Programul naţional de oncologie se eliberează după cum urmează:
a)prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum şi pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară, pentru medicamentele de tip hormonal şi pentru medicamentele de tip imunomodulator, corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în normele tehnice;
b)prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru celelalte forme farmaceutice cu administrare parenterală. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programului, prescripţiile se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator şi cu documentele justificative prevăzute în normele tehnice.
(10) Medicamentele/materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, boli neurologice, diabet zaharat cuprinşi în unele programe naţionale de sănătate, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripţie medicală electronică/file de condică. În vederea decontării contravalorii medicamentelor/materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altele asemenea acordate în cadrul programelor, prescripţiile medicale electronice off-line/file de condică se transmit la casele de asigurări de sănătate, împreună cu borderoul centralizator cu evidenţe distincte pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate.
(11) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA şi tuberculoză se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripţie medicală/condică medicală. În vederea justificării consumurilor de medicamente specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripţii/file de condică se depun la direcţiile de sănătate publică sau, după caz, la unităţile de asistenţă tehnică şi management, împreună cu borderoul centralizator şi rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

Art. 26

(1) Testele pentru auto monitoriza rea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi se asigură în baza contractelor de furnizare de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente.
(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat la preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, în condiţiile legii.

(4) Condiţiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat se stabilesc prin normele tehnice.

Art. 27

(1) Prescripţia medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea în tratamentul ambulatoriu a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, precum şi a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative; modelul prescripţiei medicale electronice şi normele metodologice privind utilizarea şi modul de completare al acesteia se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate, utilizând prescrierea electronică, se stabilesc prin normele tehnice. Prescrierea electronică a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative se face on-line şi numai în situaţii justificate prescrierea se face off-line.

(3) Toţi furnizorii de servicii medicale şi medicamente/ materiale sanitare specifice, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligaţi să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

(4) Asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. **455/2001**, republicată. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anii 2017 şi 2018.

Art. 28

(1) Pentru realizarea atribuţiilor şi activităţilor prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate pot aplica prevederile art. 52 alin. (3)-(6) din Legea nr. **95/2006**, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Activităţile pentru care se utilizează personalul în condiţiile alin. (1) sunt prevăzute în normele tehnice.

Art. 29

(1) Asigurarea asistenţei tehnice şi managementului programelor naţionale de sănătate publică se realizează prin unităţi de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale organizate ca structuri fără personalitate juridică din cadrul instituţiilor publice din subordinea Ministerului Sănătăţii.

(2) Unităţile de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate se pot înfiinţa la nivel naţional sau regional, după caz.

(3)În cadrul unei instituţii publice din subordinea Ministerului Sănătăţii se înfiinţează o singură unitate de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate care poate asigura asistenţă tehnică şi management pentru unul sau mai multe programe naţionale de sănătate publică, după caz.

(4) Desemnarea instituţiilor publice din subordinea Ministerului Sănătăţii în cadrul cărora se organizează unităţile de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate, structura organizatorică, atribuţiile acestora, precum şi orice alte condiţii necesare funcţionării lor se aprobă în condiţiile art. 57 alin. (1) din Legea nr. **95/2006**, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(5) Cheltuielile privind organizarea şi funcţionarea unităţilor de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate sunt incluse în sumele alocate programelor naţionale de sănătate publică.

(6) Pentru realizarea atribuţiilor de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate, instituţiile publice prevăzute la alin. (1) pot aplica prevederile art. 57 alin. (6) din Legea nr. **95/2006**, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 30

(1) Ministerul Sănătăţii poate încheia contracte cu unităţile aflate sub autoritatea sa, în condiţiile prevăzute de legislaţia din domeniul achiziţiilor publice.
(2) Contractele prevăzute la alin. (1), încheiate între Ministerul Sănătăţii şi unităţile aflate sub autoritatea sa, precum şi contractele încheiate pentru bunurile şi serviciile necesare implementării unor programe naţionale de sănătate publică pentru care Ministerul Sănătăţii organizează licitaţii la nivel naţional sunt atribuite de compartimentul intern specializat în domeniul achiziţiilor publice. Monitorizarea şi derularea contractelor se realizează de către structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

Art. 31

(1) Realizarea vaccinării copiilor din grupele eligibile, stabilite potrivit calendarului naţional de vaccinare, precum şi realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătăţii sau direcţiile de sănătate publică drept măsuri de sănătate publică sau în situaţii epidemiologice cu risc crescut de îmbolnăvire sunt obligatorii pentru toţi medicii de familie.
(2) Pentru realizarea activităţilor prevăzute la alin. (1), precum şi a celor din cadrul Programului naţional de sănătate a femeii şi copilului finanţate de la bugetul de stat şi/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, pentru care se efectuează achiziţii centralizate la nivel naţional, furnizorii de servicii medicale care implementează programe naţionale de sănătate publică sau autorităţile administraţiei publice locale pot primi produsele achiziţionate în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică, în condiţiile prevăzute prin normele tehnice.

Art. 32

La implementarea programelor naţionale de sănătate finanţate din bugetul Ministerului Sănătăţii sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de medicamente, vaccinuri, reactivi şi altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate potrivit prevederilor normelor tehnice.

Art. 33

Cheltuielile angajate, lichidate şi ordonanţate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naţionale de sănătate în anul precedent şi neplătite până la sfârşitul acestuia se vor plăti în anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele naţionale de sănătate pentru anul în curs.

Art. 34

În vederea derulării în bune condiţii a programelor naţionale de sănătate, în urma evaluărilor trimestriale ale indicatorilor specifici şi în funcţie de realizarea obiectivelor şi activităţilor propuse se stabileşte modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 35

În cadrul programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă efectuate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate este, după caz, tarif pe şedinţă de hemodializă convenţională, tarif pe şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line, tarif/pacient cu dializă peritoneală continuă/an şi tarif/pacient cu dializă peritoneală automată/an, tarife care sunt prevăzute în normele tehnice.

Art. 36

În cadrul subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif care este prevăzut în normele tehnice.

Art. 37

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

Art. 38

(1) Pentru tehnica de calcul şi programele informatice achiziţionate în vederea derulării Programului naţional privind evaluarea stării de sănătate a populaţiei în asistenţa medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcţiile de sănătate publică şi cabinetele de medicină de familie.
(2) Tehnica de calcul şi programele informatice atribuite în folosinţă gratuită cabinetelor de medicină de familie în condiţiile prevăzute la alin. (1) se utilizează pentru monitorizarea persoanelor incluse în programele naţionale de sănătate, precum şi pentru derularea unor programe naţionale de sănătate la nivelul cabinetelor de medicină de familie.
(3) Pentru bunurile prevăzute la alin. (1) a căror durată normală de utilizare este îndeplinită, iar starea tehnică nu mai permite exploatarea lor în continuare, se iniţiază procedurile de clasare şi declasare potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 39

(1)În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale asigurate bolnavilor în cadrul programelor naţionale de sănătate curative se acordă în regim off-line. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale care derulează programe naţionale de sănătate curative, a serviciilor medicale acordate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS şi a serviciilor medicale acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.
(2) Termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de servicii medicale care derulează programe naţionale de sănătate curative şi casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcţionării PIAS în perioada de raportare a serviciilor medicale.

Art. 40

(1)În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea PIAS constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe site-ul propriu, furnizorii de medicamente şi materiale sanitare specifice programelor naţionale de sănătate curative eliberează în sistem off-line medicamentele/materialele sanitare specifice din prescripţiile medicale on-line şi off-line, în condiţiile prevăzute de norme. în aceste situaţii medicamentele/materialele sanitare specifice prescrise nu se eliberează fracţionat. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice programelor naţionale de sănătate curative, a medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.
(2) Termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de medicamente şi materiale sanitare specifice programelor naţionale de sănătate curative care derulează programe naţionale de sănătate curative şi casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcţionării PIAS în perioada de raportare a medicamentelor/materialelor sanitare specifice, eliberate.

Art. 41

Serviciile medicale/medicamentele/materialele sanitare specifice acordate/eliberate off-line în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcţionării sistemului naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

Art. 42

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activităţii lunare prevăzut în contract, pentru ziua/zilele în care sunt constatate întreruperi în funcţionarea PIAS în condiţiile art. 39-41. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate off-line şi/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilităţii de a utiliza on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS-, ca urmare a întreruperii funcţionării acestuia, şi se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 43
Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia să respecte prevederile Legii nr. **677/2001** pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi prevederile Legii nr. **506/2004** privind prelucrarea datelor cu caracter personal şi protecţia vieţii private în sectorul comunicaţiilor electronice, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 44
(1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017.
(2) Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea pentru anii 2015-2016 se pot prelungi prin acte adiţionale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actele adiţionale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anii 2017-2018.
-****-

PRIM-MINISTRU
SORIN MIHAI GRINDEANU
Contrasemnează:
p. Ministrul sănătăţii,
Corina Silvia Pop,
secretar de stat
Ministrul finanţelor publice,
Viorel Ştefan

ANEXĂ: STRUCTURA programelor naţionale de sănătate şi obiectivele acestora pentru anii 2017 şi 2018

CAPITOLUL 1: A. Programe naţionale de sănătate publică finanţate din bugetul Ministerului Sănătăţii

SECŢIUNEA 1: STRUCTURĂ:

SUBSECŢIUNEA I: Programele naţionale de boli transmisibile

1.Programul naţional de vaccinare
Obiectiv:
Protejarea sănătăţii populaţiei împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea:
a)populaţiei la vârstele prevăzute în calendarul naţional de vaccinare;
b)grupelor populaţionale la risc.

2.Programul naţional de supraveghere şi control a bolilor transmisibile prioritare
Obiectiv:
Depistarea precoce şi asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile în vederea implementării măsurilor de limitare a răspândirii acestora.

3.Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control a infecţiei HIV/SIDA
Obiective:
a)reducerea răspândirii infecţiei HIV/SIDA prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecţia HIV/SIDA, precum şi prin depistarea precoce a persoanelor infectate HIV simptomatice;
b)reducerea morbidităţii asociate cu infecţia HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecţie HIV/SIDA.

4.Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei
Obiective:
a)reducerea prevalenţei şi a mortalităţii TB;
b)menţinerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie;
c)tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;
d)menţinerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

5.Programul naţional de supraveghere şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a rezistenţei microbiene, precum şi de monitorizare a utilizării antibioticelor;
Obiectiv:
Creşterea calităţii serviciilor medicale şi siguranţei pacientului prin reducerea riscului de apariţie a infecţiilor asociate asistenţei medicale.

SUBSECŢIUNEA II: Programul naţional de monitorizare a factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncă

Obiectiv:
Protejarea sănătăţii publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanţi din mediul de viaţă şi muncă.

SUBSECŢIUNEA III: Programul naţional de securitate transfuzională

Obiectiv:
Asigurarea cu sânge şi componente sanguine, în condiţii de maximă siguranţă şi cost-eficienţă.

SUBSECŢIUNEA IV: Programele naţionale de boli netransmisibile

1.Programul naţional de depistare precoce activă a cancerului prin screening organizat

a)Obiective:
Reducerea poverii cancerului în populaţie prin depistarea în faze incipiente de boală prin intervenţii de screening organizat.

b)Structură:
1.Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeş-Papanicolaou la populaţia feminină eligibilă în regim de screening;
2.Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului colorectal*;
3.Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de sân*.

_____
*Subprogramele prevăzute la pct. 2 şi 3 vor fi implementate ca proiecte-pilot în conformitate cu Planul multianual privind activităţile de prevenire/depistare precoce a cancerului, parte integrantă a Planului naţional integrat de control al cancerului.

2.Programul naţional de sănătate mintală şi profilaxie în patologia psihiatrică.
Obiective:
a)prevenirea depresiei şi suicidului;
b)promovarea sănătăţii mintale la locurile de muncă;
c)asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii şi adolescenţi;
d)creşterea capacităţii sistemului de a aborda problematica consumului de alcool prin elaborarea şi implementarea de intervenţii specifice.

3.Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană

(1) Obiective:
a)creşterea numărului de donatori vii, de donatori aflaţi în moarte cerebrală, precum şi de donatori fără activitate cardiacă;
b)coordonarea activităţilor de transplant;
c)asigurarea investigaţiilor paraclinice pentru potenţialii donatori şi receptori de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;
d)asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate în insuficienţă cronică ireversibilă şi/sau înlocuirea ţesuturilor nefuncţionale prin transplant de organe, ţesuturi şi/sau celule;
e)evaluarea periodică a pacienţilor transplantaţi şi a donatorilor vii;
f)crearea şi gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care şi-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
g)tratamentul infertilităţii cuplului.

(2) Structură:
1.Subprogramul de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;
2.Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînrudiţi;
3.Subprogramul de fertilizare in vitro şi embriotransfer.

4.Programul naţional de boli endocrine
Obiectiv:
Îmbunătăţirea depistării afecţiunilor tiroidiene cu impact major asupra stării de sănătate a populaţiei, în scopul reducerii morbidităţii prin guşă, datorată carenţei de iod şi complicaţiilor sale.

5.Programul naţional de tratament dietetic pentru boli rare
Obiectiv:
Tratamentul dietetic al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice.

6.Programul naţional de management al registrelor naţionale
Obiectiv:
Dezvoltarea, implementarea şi managementul registrelor naţionale ale bolnavilor cronici.

SUBSECŢIUNEA V: Programul naţional de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate

(1) Obiectiv:
Îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei prin promovarea unui stil de viaţă sănătos şi combaterea principalilor factori de risc:
(2) Structură:
1.Subprogramul de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate;
2.Subprogramul de prevenire şi combatere a consumului de tutun.
SUBSECŢIUNEA VI: Programul naţional de sănătate a femeii şi copilului
(1) Obiective:
a)îmbunătăţirea stării de sănătate a copilului;
b)îmbunătăţirea stării de sănătate a femeii;
(2) Structură:
1.Subprogramul de nutriţie şi sănătate a copilului;
2.Subprogramul de sănătate a femeii.
CAPITOLUL 2: B. Programe naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul Fondului Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
STRUCTURĂ:
I.Programul naţional de boli cardiovasculare
(1) Obiectiv:
Tratamentul bolnavilor cu afecţiuni cardiovasculare prin:
a)proceduri de cardiologie intervenţională;
b)proceduri de chirurgie cardiovasculară;
c)proceduri de chirurgie vasculară;
d)proceduri de cardiologie intervenţională ale malformaţiilor cardiace.
II. Programul naţional de oncologie
(1) Obiective:
a)tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
b)monitorizarea evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice;
c)reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
d)diagnosticul şi monitorizarea leucemiilor acute la copii şi adulţi;
e)radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
f)diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii şi adulţi.
(2) Structură:
1.Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
2.Subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT;
3.Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
4.Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară la copii şi adulţi;
5.Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
6.Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom) la copii şi adulţi.
III. Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive)
Obiectiv:
Tratamentul surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive)
IV. Programul naţional de diabet zaharat
Obiective:
a)prevenţia secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];
b)asigurarea tratamentului medicamentos al pacienţilor cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor specifice (pompe de insulină şi materiale consumabile pentru acestea);
c)automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi.
V.Programul naţional de tratament al bolilor neurologice
Obiectiv:
Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă
VI. Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei
Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie şi talasemie
VII. Programul naţional de tratament pentru boli rare
Obiectiv:
Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice
VIII. Programul naţional de sănătate mintală
Obiectiv:
Asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodependenţă, precum şi testarea metaboliţilor stupefiantelor la aceştia
IX. Programul naţional de boli endocrine
Obiectiv:
Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză, guşă datorată carenţei de iod şi proliferări maligne
X. Programul naţional de ortopedie
Obiectiv:
Asigurarea tratamentului:
a) bolnavilor cu afecţiuni articulare prin endoprotezare;
b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;
c) bolnavilor cu diformităţi de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană;
d) bolnavilor cu patologie tumorală, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală;
e) tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare.
XI. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană
Obiective:
a) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienţilor cu transplant;
b) tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienţii cu transplant hepatic.
XII. Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică
Obiectiv:
Asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi prin hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienţilor
XIII. Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice
Obiectiv:
Tratamentul pacienţilor cu insuficienţă hepatică prin epurare extrahepatică
XIV. Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă
(1) Obiective:
a) asigurarea investigaţiilor diagnostice şi a tratamentului unor afecţiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanţă;
b) tratamentul bolnavilor cu maladia Parkinson prin implantarea dispozitivelor de stimulare profundă;
c) tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos prin proceduri microchirurgicale sau prin implantarea unui stimulator al nervului vag;
d) tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită, prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;
e) tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular;
f) tratamentul de stimulare profundă cerebrală la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxină botulinică.
(2) Structură:
1. Subprogramul de radiologie intervenţională
2. Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil
4. Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular.
Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 222 din data de 31 martie 2017

Forma sintetică la data 04-Apr-2017. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® şi tehnologia Acte Sintetice sunt mărci inregistrate ale Wolters Kluwer.