

Guvernul României

**HOTĂRÂRE Nr. 423*)
din 25 martie 2022**

privind aprobarea programelor naționale de sănătate

Publicată în: Baza de date "EUROLEX"

***) Notă:**

Text realizat la G&G CONSULTING, Departamentul juridic (C.G.)

Cuprinde toate modificările aduse actului oficial publicate în M.Of., inclusiv cele prevăzute în:

H.G. Nr. 489/24.05.2023 Publicată în M.Of. Nr. 457/25.05.2023

Articolele care au suferit modificări sunt marcate cu albastru în Cuprins.**Pentru a le vizualiza, selectați articolul și dați click pe butonul Istoric.**

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

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

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

(2) Se aprobă programele naționale de sănătate curative derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate:

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

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

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

Art. 3 - (1) Unitățile de specialitate care realizează implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt:

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

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

- a) furnizori publici de servicii medicale;
- b) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale;
- c) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.
- d) furnizori de servicii conexe actului medical pentru persoane cu tulburări din spectrul autist potrivit art. 3 alin. (4) din Legea nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist, cu modificările și completările ulterioare.

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

Art. 4 - (1) Instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății asigură implementarea programelor naționale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

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

- a) implementarea programelor naționale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii, în condițiile prevăzute în normele tehnice;
- b) coordonarea, monitorizarea și controlul implementării programelor naționale de sănătate publică în baza contractelor încheiate cu instituțiile publice, furnizorii publici de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și cu furnizorii privați de servicii medicale, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

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

(4) Unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (2) care au încheiate contracte conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, cu modificările și completările ulterioare, pot încheia, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, contracte cu casele de asigurări de sănătate.

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

(6) Prin excepție de la prevederile alin. (4), pentru implementarea Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii, sunt autorizați și evaluați sau autorizați și fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, după caz. Serviciile conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sunt denumite în

continuare **servicii conexe**.

Art. 5 - (1) Raporturile dintre direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. a), lit. b) pct. (ii) și (iii) și lit. c), respectiv alin. (2) sunt raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate, după caz, și stipulate în acte adiționale, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

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

(3) Direcțiile de sănătate publică, respectiv casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile de internet ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a cererilor, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele. Cererile vor fi însoțite de documentele prevăzute de normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz.

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

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

(6) În vederea intrării în relație contractuală cu direcțiile de sănătate publică pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică, unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. (ii) și (iii) și lit. c) au obligația de a depune/de a transmite în format electronic, asumate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului, documentele prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, la termenele stabilite pentru contractare. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(7) În vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (2) au obligația de a depune/de a transmite în format electronic, asumate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului, documentele prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite pentru contractare. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

Art. 6 - (1) Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează de către unitățile de specialitate cu încadrarea în limita fondurilor alocate cu această destinație.

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

(3) Sumele prevăzute în bugetul instituțiilor publice și furnizorilor publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății se utilizează pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii. Sumele prevăzute în bugetul direcțiilor de sănătate publică se utilizează pentru

implementarea programelor naționale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii sau, după caz, se alocă instituțiilor publice, furnizorilor de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și furnizorilor privați de servicii medicale, după caz, în baza contractelor încheiate cu aceștia.

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

(5) Sumele prevăzute în bugetul Fondului pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative se alocă în baza contractelor încheiate distinct între unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (2) și casele de asigurări de sănătate.

Art. 7 - (1) Creditele de angajament și bugetare alocate pentru implementarea programelor naționale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale instituțiilor publice sau furnizorilor publici de servicii medicale sau servicii conexe, după caz, respectiv în veniturile furnizorilor privați de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, servicii medicale sau servicii conexe, după caz.

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

Art. 8 - (1) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația de a efectua numai cheltuieli eligibile prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita creditelor de angajament aprobate, precum și obligația de a utiliza creditele bugetare numai în limita prevederilor și a destinațiilor aprobate.

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

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

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

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

(6) În aplicarea prevederilor art. 52 alin. (6) și art. 58 alin. (3) - (5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, finanțarea sau, după caz, decontarea cheltuielilor eligibile efectuate de unitățile de specialitate pentru implementarea programelor naționale de sănătate se realizează la nivelul:

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

Art. 9 - (1) Finanțarea sau, după caz, decontarea cheltuielilor eligibile în cadrul programelor naționale de sănătate publică se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în ordine cronologică a înregistrării acestora în contabilitate, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor prevăzute la art. 8 alin. (2) și (3), cu excepția cheltuielilor prevăzute la art. 8 alin. (6) lit. e) care se finanțează sau, după caz, se decontează într-un termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor.

(2) Decontarea pentru programele naționale de sănătate curative se efectuează de către casele de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, cu excepția serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, serviciilor medicale paraclinice, serviciilor conexe, serviciilor de dializă și a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.*

**) Prevederile alin. (2), astfel cum au fost modificate prin H.G. nr. 489/2023, se aplică începând cu data de 1 iulie 2023. (a se vedea art. II din H.G. nr. 489/2023)*

Art. 10 - (1) Instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale sau servicii conexe care implementează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal al beneficiarilor programului, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), după caz.

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

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

Art. 11 - (1) Ordonatorii de credite ai unităților de specialitate care implementează programele naționale de sănătate publică răspund de implementarea și monitorizarea activităților prevăzute în normele tehnice, de corectitudinea și raportarea indicatorilor realizați în procesul implementării programelor naționale de sănătate publică, de angajarea cheltuielilor în limita creditelor de angajament și de utilizarea creditelor bugetare numai în limita prevederilor și a destinațiilor aprobate, precum și de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate.

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

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

(4) Controlul privind derularea și implementarea programelor naționale de sănătate și respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate și/sau de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

(5) Sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizori, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se dispun de organele de control ale caselor de asigurări de sănătate.

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

Art. 12 - (1) Angajamentele legale încheiate în exercițiul curent din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

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

Art. 13 - (1) Serviciile medicale, respectiv serviciile medicale prin tratament Gamma Knife, serviciile medicale de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciile medicale de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, serviciile medicale paraclinice, serviciile conexe, serviciile de radioterapie și serviciile de dializă, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altor asemenea în cadrul unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative validate și decontate din bugetul alocat cu această destinație se pot acorda concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală spitalicească.

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

Art. 14 - (1) Procedurile de achiziție publică a produselor și serviciilor necesare pentru implementarea programelor naționale de sănătate se realizează în conformitate cu prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare, și Hotărârii Guvernului nr. 395/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractului de achiziție publică/acordului-cadru din Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile incluse în ordinul ministrului sănătății aprobat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2012 privind desemnarea Ministerului Sănătății ca unitate de achiziții publice centralizată, aprobată cu completări prin Legea nr. 184/2013, cu modificările ulterioare, Ministerul Sănătății, prin unitatea de achiziții publice centralizate, poate efectua achiziții publice centralizate. Lista programelor naționale de sănătate în cadrul cărora se realizează achiziții centralizate este prevăzută în normele tehnice. Prețul medicamentelor rezultat ca urmare a achizițiilor publice centralizate nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(3) Ca urmare a achizițiilor centralizate prevăzute la alin. (2), unitatea de achiziții publice centralizată, respectiv Ministerul Sănătății, încheie acorduri-cadru cu operatorii economici desemnați câștigători, în numele

și pentru instituțiile publice aflate în subordinea sau coordonarea sa, unitățile sanitare publice din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și pentru furnizorii publici de servicii medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

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

(5) Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile incluse în ordinul ministrului sănătății aprobat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2012, aprobată cu completări prin Legea nr. 184/2013, cu modificările ulterioare, până la finalizarea implementării la nivel național a sistemului centralizat de achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și servicii, Ministerul Sănătății poate aproba, prin excepție, desfășurarea de achiziții de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate.

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

Art. 15 - (1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suportă la nivelul prețului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională, denumită în continuare **DCI**, iar în cazuri justificate medical, în cazul produselor biologice, precum și în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a DCI corespunzătoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a prețurilor de decontare a medicamentelor și a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate care au primit preț și au fost listate în Catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România, denumit în continuare **CANAMED**, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data aprobării prețului.

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

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

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

c) dacă medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu mai sunt listate în CANAMED,

în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și a Dispozitivelor Medicale din România.

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

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

(6) La inițierea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prevăzută la alin. (2) există atât produsul biologic de referință, cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar.*

(7) La bolnavii la care tratamentul a fost inițiat cu produsul biologic de referință, în termen de 12 luni de la data includerii în lista prevăzută la alin. (2) a primului produs biosimilar sau mai devreme, dacă este posibil, se va realiza schimbarea produsului biologic de referință cu un produs biosimilar al acestuia, pentru cel puțin 50% dintre bolnavi, medicul având obligația de a prezenta bolnavului informații legate de eficacitatea și siguranța administrării produselor biosimilare, de prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menținerea aceluiași beneficiu terapeutic, precum și informații legate de creșterea accesului, în condițiile utilizării produselor biosimilare, a unui număr mai mare de bolnavi la medicamente suportate din bugetul FNUASS.*

(8) Prin excepție de la prevederile alin. (6) și (7), la inițierea și/sau continuarea tratamentului, medicii pot prescrie produsul biologic de referință pentru motive medicale specifice bolnavului, informații consemnate în documentele medicale și prescripția medicală electronică.*

(9) Prevederile alin. (7) și (8) sunt aplicabile și situațiilor pentru care, la momentul prescrierii medicamentului din lista prevăzută la alin. (2), există atât produsul biologic de referință, cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.*

(10) La inițierea și/sau continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu medicamente care se eliberează prin farmaciile cu circuit închis, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prevăzută la alin. (2) există atât produsul biologic de referință, cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar sau produsul biologic de referință, în funcție de achiziții și stocurile existente la nivelul unității de specialitate.*

(11) Casa de asigurări de sănătate monitorizează semestrial prescrierea produselor biologice și transmite medicilor prescriptori al căror comportament de prescriere nu se circumscrie prevederilor alin. (6)-(9) o adresă de informare cu privire la prescrierea produselor biosimilare.*

**) Prevederile alin. (6) - (11), introduse prin H.G. nr. 489/2023, se aplică începând cu data de 1 iulie 2023. (a se vedea art. II din H.G. nr. 489/2023)*

Art. 16 - (1) Obligațiile unităților de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1) în implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

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

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscrisi în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, precum și cu furnizorii de servicii conexe,

furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina de internet proprie și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzut o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina de internet a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate curative și cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, servicii conexe, investigații paraclinice, medicamente, materiale sanitare și altelor asemenea, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale și a serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare și altelor asemenea sau investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de acestea, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/investigațiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare specifice și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și altele asemenea acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale și a serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altelor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de

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

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(4) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (3), au obligația de a publica pe pagina de internet proprie creditele de angajament și cele bugetare, aprobate pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative/subprogramele/activitățile pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

(5) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu privire la unitățile de specialitate care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, precum și de a publica pe pagina de internet proprie lista cuprinzând aceste unități.

(6) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe pagina de internet proprie lista unităților de specialitate cu care se află în relație contractuală pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative.

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

Art. 17 - (1) Pentru implementarea activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate publică, unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1) pot aplica prevederile art. 52 alin. (3) - (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

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

Art. 18 - Asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate publică se realizează prin unități de asistență tehnică management al programelor naționale de sănătate publică, denumite în continuare *UATM*, înființate în cadrul instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății.

Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se înființează *UATM*, condițiile necesare organizării și funcționării acestora, inclusiv finanțarea cheltuielilor acestora se aprobă prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică.

Art. 19 - (1) Imunizarea populației este un serviciu medical preventiv esențial oferit de toți medicii de familie pentru asigurații înscriși pe lista proprie sau a altor cabinete, precum și pentru neasigurați, în condițiile prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

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

Art. 20 - Produsele achiziționate de Ministerul Sănătății prin licitații publice organizate la nivel național sunt furnizate autorităților administrației publice locale sau, după caz, furnizorilor de servicii medicale, pentru a fi utilizate la realizarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate publică, în baza contractelor de furnizare de produse încheiate cu direcțiile de sănătate publică, în condițiile prevăzute prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 21 - La implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de bunuri reprezentate prin medicamente, materiale sanitare, reactivi, dezinfectanți și altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 22 - În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma analizei trimestriale efectuate de către casele de asigurări de sănătate, precum și de către direcțiile de sănătate publică

a indicatorilor raportați și în funcție de realizarea obiectivelor și activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 23 - În cadrul Subprogramului de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți și Subprogramului de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom la copii și adulți, pentru probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în normele tehnice, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizați în normele tehnice care au efectuat diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

Art. 24 - (1) Pentru tehnica de calcul și programele informatice achiziționate în vederea derulării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcțiile de sănătate publică și cabinetele de medicină de familie.

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

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

Art. 25 - (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare **PIAS**, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe pagina de internet proprie, serviciile medicale, servicii conexe, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative se acordă în regim offline. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale, precum și de furnizorii de servicii conexe, care derulează programe naționale de sănătate curative, a serviciilor acordate în regim offline pe perioada întreruperii funcționării PIAS și a serviciilor acordate offline anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

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

Art. 26 - (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea PIAS constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe pagina de internet proprie, furnizorii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea eliberează în sistem offline medicamentele sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale online și offline, în condițiile prevăzute de normele tehnice. În aceste situații medicamentele sau materialele sanitare prescrise nu se eliberează fracționat. Transmiterea în PIAS, de către furnizori a medicamentelor sau materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în regim offline pe perioada întreruperii funcționării PIAS se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

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

Art. 27 - Serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate sau, după caz, eliberate offline în cadrul programelor naționale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

Art. 28 - Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, pentru ziua, sau după caz, zilele în care sunt constatate întreruperi în funcționarea PIAS în condițiile art. 25 - 27. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate offline și/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilității de a utiliza online sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS -, ca urmare a întreruperii funcționării acestuia, și se publică pe pagina de internet a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 29 - Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile Regulamentului UE 2016/679, Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), cu modificările ulterioare, precum și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 30 - (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2022.

(2) La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă.

(3) Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte, dar nu mai mult de 30 zile calendaristice de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri. Suma înscrisă în actele adiționale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2022. Implementarea programelor naționale de asigurări de sănătate se realizează în condițiile prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

Art. 31 - Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ

Contrasemnează:
p. Ministrul sănătății,
Adriana Pistol,
secretar de stat

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

p. Ministrul finanțelor,
Daniela Pescaru,
secretar de stat

Ministrul apărării naționale,
Vasile Dîncu

p. Ministrul afacerilor interne,
Raed Arafat,
secretar de stat

Anexa Nr. 1

STRUCTURA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE ȘI OBIECTIVELE ACESTORA

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

I. Programul național de vaccinare

Obiectiv:

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

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

Obiectiv:

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

Structură:

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

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

Obiective:

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

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

Obiective:

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

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

Obiectiv:

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

VI. Programul național de securitate transfuzională

Obiectiv:

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

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

Obiectiv:

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

Structură:

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

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

Obiective:

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

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

Obiective:

- a) creșterea numărului de donatori vii, de donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;
- b) creșterea accesului bolnavilor cu indicație pentru transplant la proceduri de transplant de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană și la evaluarea periodică posttransplant;
- c) dezvoltarea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice

care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;

d) tratamentul infertilității cuplului.

Structură:

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

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

Obiectiv:

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

XI. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

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

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

Obiectiv:

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

Structură:

1. Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun.

XIII. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

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

Structură:

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

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

I. Programul național de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

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

II. Programul național de oncologie

Obiective:

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

Structură:

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

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

Obiectiv: tratamentul surdității prin proteze auditive implantabile.

IV. Programul național de diabet zaharat

Obiective:

- a) prevenția secundară a diabetului zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate -HbA 1c;
- b) asigurarea tratamentului medicamentos al pacienților cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor medicale specifice: pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei și materiale consumabile pentru acestea;
- c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrați: teste de automonitorizare glicemică și sisteme de monitorizare continuă a glicemiei.

Structură:

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

V. Programul național de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă.

VI. Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie.

VII. Programul național de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

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

VIII. Programul național de sănătate mintală

Obiective:

- a) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu toxicodependență, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia;
- b) acordarea serviciilor conexe persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;
- c) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu tulburare depresivă majoră.

Structură:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodependență, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor;
2. Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;
3. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu tulburare depresivă majoră.

IX. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

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

Structură:

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

X. Programul național de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

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

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

Obiective:

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

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

Obiective:

Asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații

medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă online de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienților.

XIII. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv: tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică.

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

Obiective:

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

Structură:

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

XV. Programul național de PET-CT

Obiective:

- a) monitorizarea evoluției pentru unele afecțiuni
- b) evaluarea opțiunilor terapeutice
- c) diagnosticul și monitorizarea unor bolilor rare

XVI. Programul național de endometrioză

Obiectiv: Tratamentul specific bolnavilor cu endometrioză.

Anexa Nr. 2

Obligațiile unităților de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative, sancțiunile, precum și condițiile de reziliere, încetare și suspendare a contractelor

Cap. I

Unitățile sanitare cu paturi

Secțiunea 1

Obligațiile unităților sanitare cu paturi

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

- a) să furnizeze medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și servicii medicale bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, și să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- b) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/ subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;
- c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unitățile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram,

indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

d) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele/materialele sanitare și s-au efectuat serviciile medicale la casa de asigurări de sănătate factura, însoțită de documentele justificative, în vederea decontării medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate, precum și a serviciilor medicale acordate, în limita sumei prevăzute în contract

e) să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor terapeutice;

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

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

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

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

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

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

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

potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

n) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și pentru servicii medicale care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale/medicamentelor specifice programelor naționale de sănătate curative pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

o) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora, precum și cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare (*Lista*), precum și a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; în condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Listă sau a unor medicamente incluse în Listă, dar care nu se decontează din Fond pentru indicațiile pentru care au fost recomandate, să informeze asigurații prin medicii curanți/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

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

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

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

s) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/ subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, pe DCI-uri, precum și pe DCI-urile care fac obiectul contractelor cost-volum;

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică online și numai pentru situații justificate prescripția electronică offline, pentru medicamente din cadrul programelor naționale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, și să o elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere.

t) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

ț) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare; în vederea asigurării tratamentului cu medicamente biologice, precum și în cazul medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea acestora în foaia de observație clinică generală/foaia de spitalizare de zi se realizează pe denumire comercială. În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului, în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței

medicului prescriptor;

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

v) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

w) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise offline și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

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

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

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

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

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

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

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

ae) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative/ subprograme/activități pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora.

af) să respecte avertizările sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, și a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ag) să transmită integral toate cazurile care au beneficiat de materiale sanitare specifice în cadrul programului național de ortopedie către Registrul Național de Endoprotezare (R.N.E.)

conform Procedurii de Raportare a R.N.E., prin intermediul formularelor standardizate, cu frecvență lunară, către R.N.E.

Secțiunea a 2-a

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către unitățile sanitare cu paturi a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 1 lit. n), ș) t), aa), ab) și af), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

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

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

b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție offline care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la art. 1 lit. w) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice offline.

(5) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 1 lit. ag), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 0,5% din contravaloarea materialelor sanitare specifice utilizate în cazurile care nu au fost raportate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% din contravaloarea materialelor sanitare specifice utilizate în cazurile care nu au fost raportate;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% din contravaloarea materialelor sanitare specifice utilizate în cazurile care nu au fost raportate.

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

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

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

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

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

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

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

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

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

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

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

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

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

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

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

(ii) încetare, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală,

- transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege;
- (iii) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) acordul de voință al părților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

Cap. II

Furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice

Secțiunea 1

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

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

- a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare - pentru medicamentele din sublistele C secțiunea C2, din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- b) să furnizeze medicamente/materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, în mod nediscriminatoriu, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- c) să întocmească și să prezinte/transmită, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și materialele sanitare specifice, la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative, în vederea decontării contravalorii facturii/facturilor aferente medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate în limita sumei prevăzute în contract. Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;
- d) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege furnizorul care a încheiat contract pentru furnizarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;
- f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate la eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice/dispozitivelor medicale specifice, inclusiv la derularea programelor/ subprogramelor naționale de sănătate curative;
- g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor/materialelor sanitare specifice/dispozitivelor medicale specifice; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării medicamentelor/ materialelor sanitare specifice/dispozitivelor medicale specifice. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării medicamentelor/materialelor sanitare specifice/dispozitivelor medicale specifice și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
- h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligați să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați,

precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

i) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea eliberării medicamentelor se face prin semnătura electronică extinsă/calificată a farmacistului, iar asumarea transmiterii celorlalte documente aferente derulării contractului se va face prin semnătura electronică extinsă/calificată, potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

j) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele, materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

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

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

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

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

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

p) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie. Acest program se stabilește potrivit prevederilor legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

q) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale și/sau materialele sanitare specifice/dispozitivele medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative din prescripțiile medicale, indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia;

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

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

ș) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie;

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

ț) să elibereze materialele sanitare specifice/dispozitivele medicale specifice care se acordă pentru

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

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

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

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

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

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

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

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

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

z) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției la momentul eliberării medicamentelor și/sau

materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice, potrivit prevederilor legale în vigoare.

Secțiunea a 2-a

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

Art. 6 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației de la art. 5 lit. t) se aplică următoarele sancțiuni:

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a), b), d), e), f), h), k) - ș), ț), v) - z) se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România, precum și Ministerul

Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, după caz, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 5 lit. t), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

(8) Situația în care furnizorul nu pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative menționate la art. 5 lit. j) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

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

- a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta își întrerupe activitatea pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) în cazul încetării, indiferent de motiv, a valabilității autorizației de funcționare;
- d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;
- e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
- f) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 6 alin. (1); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a sancțiunilor prevăzute la art. 6 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății se aplică sancțiunile prevăzute la art. 6 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/oficină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;
- g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 6 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 lit. m) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;
- h) furnizorul nu deține actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice eliberate în cadrul programelor/ subprogramelor de sănătate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate;
- i) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 5 lit. u).

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

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

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

- a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
 - (i) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
 - (ii) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;
 - (iii) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

- c) acordul de voință al părților;
- d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului;
- e) în cazul încetării contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

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

- a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părți conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului; suspendarea contractului de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice în cadrul programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative, suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

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

Cap. III

Furnizorii de servicii medicale paraclinice

Secțiunea 1

Obligațiile furnizorilor servicii medicale paraclinice

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

- a) să furnizeze servicii medicale paraclinice bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, fără niciun fel de discriminare, și să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii medicale paraclinice;
- b) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;
- c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate din cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, și să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/ număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant - cod parafă, serviciile efectuate;
- e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile medicale paraclinice la casa de asigurări de sănătate factura, însoțită de documentele justificative în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;
- f) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligați să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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

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

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

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

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

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

m) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale paraclinice care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale paraclinice pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

n) să verifice calitatea de asigurat la momentul efectuării serviciului, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

prin intermediul asiguratului;

q)*) *să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate; investigația PET-CT se efectuează numai în baza confirmării de înregistrare a formularului specific în Platforma informatică din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, în perioada de valabilitate a acesteia, care este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii;*

**) Prevederile lit. q), astfel cum au fost modificate prin H.G. nr. 489/2023, se aplică începând cu data de 1 iunie 2023. (a se vedea art. II din H.G. nr. 489/2023)*

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

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

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

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

ț) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog medical specialist, chimist medical specialist, biochimist medical specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 6 ore.

u) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, pentru aparatura din dotare, după caz;

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

w) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

x) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/ documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde servicii medicale paraclinice pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

y) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze, însoțite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate și decontate din bugetul Fondului, titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative/subprogramele/ activitățile pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

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

Secțiunea a 2-a

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

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

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.
- c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 11 lit. g), n) și z), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. m), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

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

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

legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 14 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

(ii) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a

furnizorilor de servicii medicale paraclinice, după caz;

(iii) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

(iv) decesul titularului laboratorului medical individual, cabinetul neputând continua activitatea în condițiile legii;

(v) medicul titular al laboratorului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

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

Art. 15 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

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

Cap. IV

Furnizorii de servicii medicale de dializă

Secțiunea 1

Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de dializă

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

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

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/ materialelor sanitare specifice din cadrul Programului național de suplere a funcției renale

la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile medicale de dializă, la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor medicale de dializă acordate, în limita sumei prevăzute în contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă/calificată, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

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

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

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

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

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

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

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

n) să folosească online sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul offline; asumarea serviciilor medicale de dializă acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale de dializă înregistrate offline se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical de dializă și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii,

pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare, pentru cei cărora li se va emite card național duplicat, sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale de dializă;

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

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

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: servicii medicale de dializă care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale de dializă, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

s) să verifice calitatea de asigurat la momentul acordării serviciului medical de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

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

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

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

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

- x) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor medicale de dializă;
- y) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;
- z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia;
- aa) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- ab) să transmită/completeze datele bolnavului în dosarul electronic al acestuia;
- ac) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada acreditării/să facă dovada înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;
- ad) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările și completările ulterioare;
- ae) să asigure mentenanța și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;
- af) să anunțe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat bolnavul. Includerea de bolnavi noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările și completările ulterioare;
- ag) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;
- ah) să asigure transportul nemedical al bolnavilor pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă online, precum și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă sau automată prevăzuți în contract și să răspundă de calitatea transporturilor;
- ai) să raporteze datele online Registrului Renal Român în formatul cerut de acesta;
- aj) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze distinct, însoțite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.

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

Secțiunea a 2-a

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

Art. 18 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de dializă a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 16 lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), y), z), ab), ad) și ah) - aj) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.
- (2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 16 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea

fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 16 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii medicale de dializă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ-valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

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

(6) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 16 lit. ai) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare se diminuează cu 0,5% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate.

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

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

(8) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 16 lit. q), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (8) pentru furnizorii de servicii medicale de dializă care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale de dializă în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale de dializă are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale de dializă, aduce la cunoștința acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării

furnizorului de servicii medicale de dializă, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(11) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (8) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(12) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) - (8) în cazul furnizorilor publici de servicii medicale de dializă.

(13) Nerespectarea de către furnizor a obligației prevăzute la art. 16 lit. p) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

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

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

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

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

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

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

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

(4) În cazul reorganizării furnizorului de servicii medicale de dializă aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii medicale de dializă încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia.

Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(5) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii medicale de dializă aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare. Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale de dializă aflat/aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

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

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor medicale de dializă, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

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

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

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

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

Art. 21 - Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare, precum și expirarea certificatului de acreditare, sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare;

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

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

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

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

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

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

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

Cap. V

Furnizorii de servicii de radioterapie

Secțiunea 1

Obligațiile furnizorilor de servicii de radioterapie

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

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

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

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

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

e) să întocmească și să transmită, în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile, la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor aferente serviciilor de radioterapie acordate, în limita sumei

prevăzute în contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă/calificată, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

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

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

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

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

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

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

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

n) să folosească online sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul offline; asumarea serviciilor de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată, cu completările ulterioare. Serviciile de radioterapie înregistrate offline se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile de radioterapie acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

p) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de

asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile de radioterapie efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat, respectiv toate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate, cum ar fi - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de radioterapie care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de radioterapie pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens; serviciile de radioterapie nu cuprind și a doua opinie medicală, cerută expres de asigurat, în scris, și care este acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

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

s) să verifice calitatea de asigurat, la momentul acordării serviciilor de radioterapie, potrivit prevederilor legale în vigoare.

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

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

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

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

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

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

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

y) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu

afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

z) să transmită/completeze datele bolnavului în dosarul electronic al acestuia;

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

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

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

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

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

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

Secțiunea a 2-a

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

Art. 23 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 22 lit. b) - h), m) - o), t) - u), v), y), z) ab) și ad) - af) se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. q) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea

serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

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

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

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

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

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

(8) Nerespectarea de către furnizor a obligației prevăzute la art. 22 lit. p) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

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

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

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

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

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

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

f) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 22 lit. a), ș) și aa);

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

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

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

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

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

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

(2) Contractul încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

(3) În cazul reorganizării furnizorului de servicii de radioterapie, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii de radioterapie încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate cu privire la transferul activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia. Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii de radioterapie, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare. Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale de dializă, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

Art. 26 - Contractul de furnizare de servicii de radioterapie se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor de radioterapie, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

Art. 27 - (1) Situațiile prevăzute la art. 24 și la art. 25 alin. (1) lit. b) și c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 24 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului .

Cap. VI*)

Unități de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

*) Cap. VI a fost introdus prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.

Secțiunea 1*)**Obligațiile unităților de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist**

*) Secțiunea 1 a fost introdusă prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.

Art. 28*) - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe au următoarele obligații:

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

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

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

d) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile la casa de asigurări de sănătate documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor conexe acordate în limita sumei prevăzute în contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

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

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

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

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

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

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

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

l) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor conexe acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile

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

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

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

o) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile conexe care se asigură în cadrul subprogramului național de sănătate curativ și pentru serviciile/documentele efectuate/ eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor conexe, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

q) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare activitate din cadrul subprogramului național de sănătate curativ;

r) să raporteze corect și complet serviciile conexe efectuate;

s) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

ș) să asigure servicii conexe pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

t) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile conexe, asigurate potrivit prevederilor lit. ș) și decontate din bugetul FNUASS;

ț) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile conexe prevăzute la lit. ș) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoțitoare;

u) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de servicii conexe în cadrul subprogramului. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

v) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sau veniturile realizate în baza contractului, după caz, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

w) să întocmească documentele medicale necesare pentru recomandarea/întreruperea acordării serviciilor conexe, după caz;

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

y) să ia toate măsurile necesare pentru respectarea de către furnizorul de servicii conexe a tuturor obligațiilor privind condițiile acordării serviciilor conexe, prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății, al ministrului educației naționale și cercetării științifice, al ministrului muncii, familiei,

protecției sociale și persoanelor vârstnice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 968/5.194/1.945/714/2016, cu modificările ulterioare.

*) Art. 28 a fost introdus prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.

Secțiunea a 2-a*)

Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

*) Secțiunea 1 a fost introdusă prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.

Art. 29*) - Nerespectarea de către unitățile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 28 atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 1% a contravalorii serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

*) Art. 29 a fost introdus prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.

Art. 30*) - Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii conexe, acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an.

*) Art. 30 a fost introdus prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.

Art. 31*) - (1) Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

(2) Contractul încetează în următoarele situații:

- a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- b) acordul de voință al părților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

*) Art. 31 a fost introdus prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.

Art. 32^{*)} - (1) Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor conexe, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul subprogramului de sănătate curativ; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 28 lit. h) în condițiile în care furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare, a dovezii de acreditare sau înscrierii în procesul de acreditare, după caz, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei, precum și a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor; suspendarea operează de drept de la data neîndeplinirii oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pe perioada suspendării, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile conexe.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pe perioada suspendării, valorile de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

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

*) Art. 32 a fost introdus prin H.G. nr. 1.553/2022 de la data de 29 decembrie 2022.