Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

ORDIN Nr. 180*)
din 30 martie 2022

pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative

Publicat 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:
O. Nr. 1.332/28.12.2023 Publicat în M.Of. Nr. 1.190/29.12.2023
Articolele care au suferit modificări sunt marcate cu albastru în Cuprins.
Pentru a le vizualiza, selectaţi articolul şi daţi click pe butonul Istoric.

Văzând Referatul de aprobare nr. DG 961 din 30.03.2022 al directorului general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 51 alin. (1) şi (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate,

în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare,

preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1 - Se aprobă Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, prevăzute în anexa*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2 - Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea în perioada de valabilitate a Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2017 şi 2018, cu modificările şi completările ulterioare, se prelungesc prin acte adiţionale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actele adiţionale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2022. Implementarea programelor naţionale de asigurări de sănătate se realizează în condiţiile prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiţionale.

Art. 3 - Direcţiile de specialitate din Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate prin care se derulează programe naţionale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 4 - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 5 - Prezentul ordin intră în vigoare începând cu 1 aprilie 2022.

Art. 6 - La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 507/2015 pentru aprobarea Normelor privind condiţiile şi modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă, autorizaţi şi evaluaţi în condiţiile legii, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 656 din 31 august 2015, cu modificările şi completările ulterioare, şi Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2017 şi 2018, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 224 şi 224 bis din 31 martie 2017, cu modificările şi completările ulterioare.

p. Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

Anexă

NORMELE TEHNICE DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

Cap. I
Cadrul general de realizare a programelor naţionale de sănătate curative

Art. 1 - Programele naţionale de sănătate curative reprezintă un ansamblu de acţiuni multianuale şi au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătăţii publice.

Art. 2 - (1) Bugetul alocat programelor naţionale de sănătate pentru anul 2022 este prevăzut la capitolul VIII din prezenta anexă şi este aprobat anual în Legea bugetului de stat.

Începând cu anul 2023 bugetul alocat programelor naţionale de sănătate curative este prevăzut şi aprobat

anual în Legea bugetului de stat.

(2) Structura programelor naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, obiectivele, criteriile de eligibilitate stabilite de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, indicatorii specifici, natura cheltuielilor, precum şi unităţile sanitare prin care se derulează programele naţionale de sănătate curative sunt prevăzute la capitolul IX din prezenta anexă.

Art. 3 - (1) Programele naţionale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătăţii cu participarea Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Implementarea programelor naţionale de sănătate se realizează prin unităţi de specialitate.

(3) Includerea unităţilor de specialitate în programele naţionale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi a unei metodologii de selecţie care fac obiectul anexei 16 la prezentele norme tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

(4) Unităţile de specialitate sunt:

a) instituţii publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

c) furnizori privaţi de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacităţii furnizorilor publici de servicii medicale. Stabilirea anuală şi ori de câte ori este nevoie la nivel judeţean a capacităţii de furnizare a serviciilor medicale de către furnizorii publici, precum şi a serviciilor medicale care excedează capacităţii de furnizare a acestora se realizează de către o comisie mixtă, formată din reprezentanţi ai direcţiei de sănătate publică şi reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate. Comisia se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, iar pentru fiecare membru desemnat, instituţiile menţionate anterior vor nominaliza şi membrii supleanţi echivalenţi numeric.

d) furnizori privaţi de medicamente şi dispozitive medicale;

e) 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, educaţie şi sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist, cu modificările şi completările ulterioare.

(5) Coordonarea tehnică şi metodologică pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative se asigură cu participarea experţilor desemnaţi coordonatori naţionali prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Art. 4 - (1) Programele naţionale de sănătate curative sunt finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.

(2) Sumele alocate din bugetul Fondului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative se utilizează pentru:

a) asigurarea, după caz, în spital şi în ambulatoriu, a unor medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea specifice unor boli cronice cu impact major asupra sănătăţii publice acordate bolnavilor incluşi în programele naţionale de sănătate curative;

b) asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializaţi de la şi la domiciliul bolnavilor şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor;

c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigaţiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică, precum şi a serviciilor de radioterapie;

d) asigurarea serviciilor conexe actului medical persoanelor cu tulburări din spectrul autist, denumite în continuare **servicii conexe**.

Art. 5 - (1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea se asigură, în condiţiile legii, prin farmaciile cu circuit închis ale unităţilor sanitare, care au îndeplinit criteriile prevăzute în chestionarele de evaluare, pentru includerea în programele naţionale de sănătate curative şi/sau prin farmaciile cu circuit deschis, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, după caz.

(2) Includerea unităţilor de specialitate private care derulează programele naţionale de sănătate curative se face potrivit art. 3 alin. (4) lit. c).

Art. 6 - (1) *Raporturile stabilite între unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate curative şi casele de asigurări de sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acţiuni multianuale, ce se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract.*

(2) În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate, după caz şi stipulate în acte adiţionale, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, servicii conexe, de medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram de sănătate.

(4) Modelele de contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative încheiate între casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate curative sunt prevăzute în anexele nr. 1, 2, 3, 4, 5 şi 5^1 la prezentele norme.

(5) Angajamentele legale încheiate în exerciţiul curent din care rezultă obligaţii nu pot depăşi creditele de

angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

(6) Creditele bugetare aferente acţiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanţate şi plătite în cursul exerciţiului bugetar. Plăţile sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exerciţiul bugetar curent sau în exerciţiile bugetare anterioare.

(7) Cheltuielile realizate în luna decembrie a anului precedent, peste limita maximă în cadrul căreia s-au încheiat angajamente legale, şi nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea utilizate în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi pentru serviciile medicale şi serviciile conexe, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

Art. 7 - Sumele alocate programelor naţionale de sănătate sunt aprobate anual prin legea bugetului de stat potrivit prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finanţele publice, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 8 - Sumele aferente programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative sunt prevăzute în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, la capitolul 66.05 "Sănătate", titlul 20 "Bunuri şi servicii".

Art. 9 - (1) Sumele aferente programelor naţionale de sănătate curative se alocă în baza contractelor încheiate distinct între unităţile de specialitate şi casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări de sănătate.

(2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate creditele de angajament şi creditele bugetare destinate implementării programelor naţionale de sănătate curative, prevăzute la cap. VIII.

(3) Sumele aprobate pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative se alocă, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, în urma analizei efectuate de structurile de specialitate din cadrul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate a cererilor fundamentate transmise de casele de asigurări de sănătate, întocmite pe baza solicitărilor unităţilor de specialitate, însoţite de documentele justificative, - ţinând cont de indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi.

Art. 10 - (1) Sumele alocate pentru programele/subprogramele naţionale de sănătate curative sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor de specialitate publice, respectiv în veniturile furnizorilor privaţi de servicii medicale prin care acestea se derulează şi se utilizează potrivit destinaţiilor stabilite.

(2) Sumele aferente medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate prin farmaciile cu circuit deschis se cuprind în bugetele de venituri şi cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate şi distinct în contractele de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate între acestea şi farmaciile cu circuit deschis.

Art. 11 - (1) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează programele/subprogramele naţionale de sănătate curative se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme.

(2) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi farmaciile cu circuit deschis, prin care se derulează programele naţionale de sănătate curative se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme.

(3) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii prin care se derulează Programul naţional de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)], respectiv Programul naţional de PET-CT, Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne şi Subprogramul naţional de testare genetică se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 3.

(4) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii de dializă prin care se derulează Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 4.

(5) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii de radioterapie prin care se derulează Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 5.

(5^1) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii conexe prin care se derulează Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului naţional de sănătate mintală se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 5^1.

(6) Reprezentantul legal al unităţilor de specialitate încheie contract pentru derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti. Unităţile sanitare din reţeaua apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti încheie contracte pentru derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, avându-se în vedere la contractare şi decontare asiguraţii, indiferent de

casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă.

Art. 12 - Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate care efectuează servicii de dializă se realizează în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică. În situaţia în care o unitate sanitară este inclusă în program pe parcursul derulării acestuia, contractul cu casa de asigurări de sănătate se poate încheia prin preluarea bolnavilor existenţi în program de la alte unităţi sanitare sau, după caz, prin includerea în program a unor bolnavi noi.

Art. 13 - (1) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunţarea unilaterală a contractului, precum şi răspunsurile la cererile şi la sesizările furnizorilor se vor face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

(2) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea contractelor dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare.

(5) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (4) casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

Art. 14 - (1) Sumele aferente programelor naţionale de sănătate curative sunt cuprinse în contractele încheiate, distinct, între casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate prin care se derulează programele/subprogramele naţionale de sănătate curative.

(2) În situaţia furnizorilor de servicii medicale la care stocurile cantitativ-valorice acoperă necesarul anului în curs, casele de asigurări de sănătate pot continua derularea contractelor cu aceştia, cu evidenţierea stocului cantitativ-valoric.

Art. 15 - Decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altele asemenea, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică, investigaţiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, serviciilor de radioterapie, serviciilor conexe, precum şi a serviciilor de dializă, în cadrul programelor naţionale de sănătate curative derulate de unităţile de specialitate aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, se realizează lunar din fondurile aprobate cu această destinaţie.

Art. 16 - Bunurile achiziţionate din sumele alocate pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative, aflate în perioada de valabilitate, pot fi transmise fără plată de la o unitate de specialitate la alta, în cazurile stabilite la art. 52 alin. (7) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, astfel:

a) în vederea disponibilizării bunurilor, compartimentul de specialitate al unităţii de specialitate va întocmi un referat de disponibilizare în care descrie bunul ce urmează a fi disponibilizat, menţionând toate caracteristicile tehnice ale acestuia. Referatul astfel întocmit va fi aprobat de către conducătorul unităţii de specialitate. Unitatea de specialitate care disponibilizează bunurile va informa în scris alte unităţi de specialitate care derulează programele naţionale de sănătate curative în cadrul cărora se decontează medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale;

b) transmiterea, fără plată, de la o unitate de specialitate la alta se va face pe bază de proces-verbal de predare-primire semnat de conducerile celor două unităţi de specialitate, cea care disponibilizează bunurile, respectiv cea care le preia, cu avizul ordonatorului principal de credite al unităţii de specialitate care a disponibilizat bunul, precum şi cu avizul ordonatorului principal de credite al unităţii de specialitate care a solicitat transmiterea bunului.

În cazul furnizorilor privaţi de servicii medicale, prin ordonator principal de credite sau ordonator de credite se înţelege reprezentantul legal;

c) la predarea-primirea, fără plată, a bunurilor, conducătorii unităţilor de specialitate împreună cu conducătorii compartimentelor financiar-contabile, după caz, răspund de înregistrarea în evidenţele contabile a operaţiunilor privind ieşirea, respectiv intrarea în gestiune a bunurilor;

d) la transferul fără plată al bunurilor, unităţile de specialitate, respectiv casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a menţiona aceste transferuri în machetele de raportare a indicatorilor fizici şi de eficienţă, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Art. 17 - (1) Unităţile de specialitate asigură pe perioada spitalizării toate medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele şi altele asemenea care se eliberează în cadrul programelor/subprogramelor

naţionale de sănătate curative, necesare tratamentului bolnavilor.

(2) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea, utilizate în unităţile sanitare cu paturi pentru tratamentul bolnavilor pe perioada spitalizării acestora sau, după caz, eliberate prin farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul în regim ambulatoriu al bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate se achiziţionează în condiţiile legii de către unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, la preţul de achiziţie, care în cazul medicamentelor nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

(3) Serviciile medicale, respectiv serviciile medicale prin tratament Gamma Knife, serviciile medicale de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciile medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciile de testare genetică, serviciile medicale paraclinice, serviciile de radioterapie, serviciile de dializă şi serviciile conexe, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altora `asemenea în cadrul unităţilor de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate curative validate şi decontate din bugetul alocat cu această destinaţie, se pot acorda concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală spitalicească.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (3) 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 asigurate în cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ.

(5) Serviciile de radioterapie efectuate bolnavilor aflaţi în regim de spitalizare continuă se decontează unităţilor de specialitate care implementează Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecţiuni oncologice, cu excepţia serviciilor efectuate bolnavilor aflaţi în regim de spitalizare continuă pe secţia/compartimentul de radioterapie.

Art. 18 - Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate curative, prevăzute în prezentul ordin, raportează caselor de asigurări de sănătate indicatorii specifici pe baza evidenţei tehnico-operative, în format electronic şi pe suport hârtie, conform machetelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Art. 19 - Casele de asigurări de sănătate raportează Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) şi anual, sumele contractate, sumele utilizate potrivit destinaţiei acestora şi indicatorii specifici conform machetelor aprobate, prevăzute la art. 18.

Art. 20 - Modificarea structurii, sumelor şi indicatorilor specifici pentru evaluarea şi monitorizarea programelor, pe parcursul derulării acestora, se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu avizul conform al Ministerului Sănătăţii.

Art. 21 - În vederea derulării în bune condiţii a programelor naţionale de sănătate, în urma analizei trimestriale efectuate de către casele de asigurări de sănătate a indicatorilor raportaţi şi în funcţie de realizarea obiectivelor şi activităţilor propuse se stabileşte modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 22 - (1) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice şi dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare specifice şi dispozitive medicale nu sunt aplicabile situaţiilor în care asiguraţii execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum şi în care aceştia se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, cu completările ulterioare, care au desemnat un reprezentant legal de către autorităţile competente potrivit legislaţiei în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale, serviciilor conexe, după caz, se face prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau a cărţii de identitate/ buletinului de identitate/paşaportului, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice care însoţeşte persoana cu tulburări psihice la furnizorii de servicii medicale, servicii conexe, după caz, prezintă obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării de către furnizori a acestui document în evidenţele proprii.

Cap. II
Achiziţia medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altele asemenea specifice programelor naţionale de sănătate curative

Art. 23 - (1) Lista denumirilor comune internaţionale (DCI) corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii incluşi în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu şi spitalicesc este aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a preţurilor de decontare a medicamentelor şi a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, corespunzătoare DCI

cuprinse în sublista C secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preţ şi au fost listate în Catalogul naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România, denumit în continuare CANAMED, deţinătorul de autorizaţie de punere pe piaţă este obligat să asigure medicamentul pe piaţă în cantităţi suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor, de la data aprobării preţului.

(3) În situaţia în care se constată că deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu asigură prezenţa medicamentelor pe piaţă, potrivit prevederilor titlului XVIII din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (2), în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării lipsei acestora de pe piaţă, la sesizarea Agenţiei Naţionale a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, instituţiile abilitate excluzând respectivele medicamente din lista prevăzută la alin. (2).

(4) Lista prevăzută la alin. (2) se actualizează în următoarele condiţii:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate;

b) ca urmare a actualizării Catalogului naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România (Canamed) prin completarea/modificarea Listei de medicamente - denumiri comerciale; Lista se elaborează în termen de 15 zile de la actualizarea Canamed şi intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) ca urmare a actualizării Catalogului naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România (Canamed) prin completarea/modificarea Listei de medicamente - denumiri comerciale. Lista se elaborează în termen de 15 zile de la actualizarea Canamed şi intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată; prin excepţie, lista elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate ca urmare a actualizării Canamed prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 2.368/2022 intră în vigoare începând cu 19 august 2022.

(5) Pentru DCI-urile incluse necondiţionat în sublista C secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi 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 menţionate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum şi denumirile comerciale aferente aceleiaşi substanţe active, concentraţii şi căi de administrare menţionate în decizia Agenţiei Naţionale a Medicamentului şi 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 menţionate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum şi denumirile comerciale aferente aceleiaşi substanţe active, concentraţii şi căi de administrare, al căror preţ de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sau preţ cu ridicata pe unitate terapeutică, după caz, este mai mic sau egal cu preţul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sau preţul cu ridicata pe unitate terapeutică, după caz, aferent denumirilor comerciale menţionate 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 aceleiaşi substanţe active, concentraţii şi căi de administrare menţionate în decizia Agenţiei Naţionale a Medicamentelor şi a Dispozitivelor Medicale din România.

(5^1) Pentru DCI-urile incluse condiţionat în sublista C secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în lista prevăzută la alin. (2) se includ medicamentele prevăzute în contractele cost-volum încheiate între deţinătorii autorizaţiilor de punere pe piaţă/reprezentanţii legali ai acestora şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

(5^2) La iniţierea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prevăzută la alin. (2) există atât produsul biologic de referinţă, cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar.

(5^3) La bolnavii la care tratamentul a fost iniţiat cu produsul biologic de referinţă, 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 referinţă cu un produs biosimilar al acestuia, pentru cel puţin

50% dintre bolnavi, medicul având obligaţia de a prezenta bolnavului informaţii legate de eficacitatea şi siguranţa administrării produselor biosimilare, de prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menţinerea aceluiaşi beneficiu terapeutic, precum şi informaţii legate de creşterea accesului, în condiţiile utilizării produselor biosimilare, al unui număr mai mare de bolnavi la medicamente suportate din bugetul FNUASS.

(5^4) Prin excepţie de la prevederile alin. (5^2) şi (5^3), la iniţierea şi/sau continuarea tratamentului, medicii pot prescrie produsul biologic de referinţă pentru motive medicale specifice bolnavului, informaţii consemnate în documentele medicale şi prescripţia medicală electronică.

(5^5) Prevederile alin. (5^3) şi (5^4) sunt aplicabile şi situaţiilor pentru care, la momentul prescrierii medicamentului din lista prevăzută la alin. (2), există atât produsul biologic de referinţă, cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.

(5^6) La iniţierea şi/sau continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu medicamente care se eliberează prin farmaciile cu circuit închis, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prevăzută la alin. (2) există atât produsul biologic de referinţă, cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar sau produsul biologic de referinţă, în funcţie de achiziţii şi de stocurile existente la nivelul unităţii de specialitate.

(5^7) Casa de asigurări de sănătate monitorizează semestrial prescrierea produselor biologice şi transmite medicilor prescriptori al căror comportament de prescriere nu se circumscrie prevederilor alin. (5^2) - (5^5) o adresă de informare cu privire la prescrierea produselor biosimilare.

(6) Lista materialelor sanitare specifice de care beneficiază asiguraţii incluşi în programele naţionale de sănătate curative este aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(7) În cazul în care pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative se modifică Lista prevăzută la alin. (5) în sensul eliminării unor materiale sanitare specifice, materialele sanitare eliminate se eliberează în cadrul programului/subprogramului naţional de sănătate curativ până la epuizarea stocurilor.

Art. 24 - Pentru programele/subprogramele naţionale de sănătate curative achiziţia medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altele asemenea eliberate bolnavilor pe perioada spitalizării se face, în condiţiile legii, de către unităţile sanitare care derulează programele respective, la preţul de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în condiţiile legii.

Art. 25 - Pentru programele naţionale de sănătate curative medicamentele, materialele sanitare specifice, necesare pentru tratamentul în ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează programul, se achiziţionează de către acestea, la preţul de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în condiţiile legii.

Cap. III
Decontarea medicamentelor şi/sau a materialelor sanitare specifice şi a serviciilor medicale din cadrul programelor naţionale de sănătate curative

Art. 26 - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altora asemenea, acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2) În situaţia în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare/declaraţiile de servicii, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate. Comunicarea erorilor se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(3) În vederea decontării contravalorii medicamentelor/materialelor sanitare acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate factură şi borderou centralizator, în format electronic, cu semnătura electronică extinsă.

Borderoul centralizator este însoţit de evidenţe distincte pentru:

a) medicamentele din prescripţiile medicale eliberate pe fiecare program naţional de sănătate curativ. Pentru Programul naţional de diabet zaharat se întocmeşte câte o evidenţă distinctă pentru medicamentele specifice insulină, insulină şi antidiabetice non-insulinice, respectiv antidiabetice non-insulinice, după caz;

b) medicamentele din prescripţiile medicale eliberate pentru titularii de card european;

c) medicamentele din prescripţiile medicale eliberate pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;

d) medicamentele din prescripţiile medicale eliberate pentru titularii de formulare europene;

e) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, republicată cu

modificările şi completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte;

f) testele de automonitorizare.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţii distincte, iar farmacia completează borderou centralizator distinct.

În borderoul centralizator se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate.

În factura aferentă borderoului centralizator sunt evidenţiate distinct sumele corespunzătoare totalurilor din evidenţele distincte pe fiecare program naţional de sănătate curativ prevăzute la lit. a) şi f).

(4) În vederea decontării contravalorii medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi şi borderouri centralizatoare, în format electronic, cu semnătura electronică extinsă, pentru fiecare program de sănătate cu scop curativ ce cuprinde DCI care fac obiectul contractelor cost-volum.

Borderoul centralizator este însoţit de evidenţe distincte pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum din prescripţiile medicale eliberate pentru:

a) titularii de card european;

b) bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;

c) titularii de formulare europene.

În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator.

(5) Pentru prescripţiile medicale electronice on-line, componenta prescriere şi componenta eliberare se păstrează în evidenţa proprie a farmaciei, urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripţiile medicale electronice off-line şi prescripţiile medicale cu regim special utilizate pentru prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope, componenta prescriere şi componenta eliberare vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în vederea decontării.

(6) Modelele de borderouri centralizatoare şi evidenţele distincte aferente acestora sunt prevăzute în anexele nr. 6 - 8, precum şi în anexa 17 pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, conform prevederilor O.U.G. nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin şi asistenţă umanitară de către statul român cetăţenilor străini sau apatrizilor aflaţi în situaţii deosebite, proveniţi din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 27 - (1) Decontarea serviciilor de hemodializă convenţională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă şi dializă peritoneală automată în ambulatoriu, furnizate de unităţile sanitare autorizate şi acreditate/care fac dovada înscrierii în procesul de acreditare, care derulează Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, se realizează, la un tarif de 641 lei pentru şedinţa de hemodializă convenţională, la un tarif/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line de 716 lei, la tariful de 64.096 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală continuă şi la tariful de 93.450 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală automată.

(2) Includerea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în bugetul aprobat pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică.

(3) Decontarea hemoglobinei glicozilate HbA1c se face în limita sumelor aprobate cu această destinaţie la nivelul caselor de asigurări de sănătate. Recomandarea pentru efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c se face de către medicul specialist în diabet, nutriţie şi boli metabolice, de medicul cu competenţă/atestat în diabet de medicul desemnat sau medicul de familie.

(4) Medicul desemnat este medicul specialist medicină internă, nominalizat de casa de asigurări de sănătate în situaţia în care există un deficit de medici specialişti în diabet, nutriţie şi boli metabolice sau cu competenţă în diabet, nutriţie şi boli metabolice la nivel judeţean. Medicul specialist în diabet, nutriţie şi boli metabolice, medicul cu competenţă/atestat în diabet, medicul desemnat sau medicul de familie poate recomanda efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c, dar nu mai mult de două dozări/bolnav/an. Valabilitatea recomandării este de maximum 90, respectiv 92 de zile calendaristice, după caz.

Art. 28 - (1) Unităţile sanitare prin care se derulează programe în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, pentru alte servicii medicale decât cele prevăzute la alin. (2), prezintă acestora în primele 10 zile ale lunii următoarele:

a) indicatorii specifici programelor realizaţi în luna anterioară;

b) borderouri centralizatoare distincte pe fiecare program naţional de sănătate curativ pentru medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate în tratamentul ambulatoriu, precum şi pentru fiecare DCI care face obiectul contractelor cost-volum din cadrul unui program naţional de sănătate curativ eliberate în tratamentul ambulatoriu, după caz;

c) documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie, prin care se face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii/facturilor pentru medicamente şi/sau materiale sanitare specifice aprovizionate;

d) factura şi cererea justificativă, însoţită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă, iar pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum acestea se vor întocmi distinct.

(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciile medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciile de testare genetică, serviciile de dozare a hemoglobinei glicozilate şi investigaţiile PET-CT, serviciile de dializă, serviciile conexe, respectiv serviciile de radioterapie, unităţile de specialitate depun la casele de asigurări de sănătate factura/facturile, indicatorii specifici realizaţi în luna anterioară, documentele justificative cu privire la serviciile efectuate, care cuprind datele de identificare şi diagnosticul bolnavului, biletul de trimitere, referatul de solicitare al serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciilor medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică*), declaraţia de servicii lunare (centralizator şi desfăşurător), după caz.

_____

*) Modelul referatului de solicitare a serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciilor medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne şi al serviciilor de testare genetică este prevăzut în anexele nr. 9, 10 şi 10^1.

Art. 29 - Casele de asigurări de sănătate vor analiza şi vor valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situaţiile prezentate de unităţile sanitare şi gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziţie anterior, precum şi stocurile cantitativ-valorice şi vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract şi a fondurilor disponibile cu această destinaţie, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, contravaloarea facturilor aferente cererilor justificative pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice programelor/ subprogramelor naţionale de sănătate curative, cu excepţia serviciilor medicale şi serviciilor conexe, pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.

Art. 30 - Neprezentarea documentelor prevăzute la art. 28 de către unităţile de specialitate atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor.

Art. 31 - (1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea, care se asigură bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se eliberează şi se decontează la nivelul preţului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în condiţiile legii, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi.

(2) În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiaşi denumiri comune internaţionale sau, după caz, al denumirii comerciale au preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au dreptul de a încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul de vânzare cu amănuntul al medicamentului eliberat şi preţul de decontare al acestuia. În acest sens farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripţie - componenta eliberare.

(3) În toate situaţiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice asimilabile căii de administrare şi concentraţiei prescrise de medic.

Art. 32 - (1) În cadrul Subprogramului de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, Subprogramului de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne şi al Subprogramului naţional de testare genetică, pentru probele pentru investigaţiile paraclinice decontate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceştia, însoţite de referatul de solicitare al cărui model este prevăzut în normele tehnice, nu este necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice care le-au efectuat, fără a fi necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.

(2) În cadrul Programului naţional de PET-CT, furnizorii de servicii medicale paraclinice pot să realizeze examinarea PET/CT doar în baza confirmării de înregistrare a formularului specific, însoţită de o copie a formularului specific. Formularele specifice pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate pentru monitorizarea bolii prin examinarea PET-CT la bolnavii cu afecţiuni oncologice şi pentru evaluarea prin examinare PET-CT a bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos, precum şi a metodologiei de transmitere a acestora în platforma informatică din asigurările de sănătate se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro.

Cap. IV
Prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice decontate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative

Art. 33 - (1) Medicamentele/Materialele sanitare specifice se acordă bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii

care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Pentru prescrierea medicamentelor/materialelor sanitare specifice care se acordă în tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi în cazuri justificate, prescripţia medicală electronică off-line.

În cadrul programelor naţionale de sănătate curative, prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare. Prescripţia medicală pentru preparatele stupefiante şi psihotrope îşi păstrează statutul de prescripţie medicală cu regim special.

Pentru prescripţiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice care se acordă în tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line (componenta eliberare), cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 26 din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, în care se utilizează prescripţia medicală electronică off-line (componenta eliberare).

(3) Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, precum şi a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu.

Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line are două componente obligatorii: componenta care se completează de către medicul prescriptor şi o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componenta prescriere, respectiv componenta eliberare. Prescripţia medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are şi o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracţionată atât în ceea ce priveşte numărul medicamentelor, cât şi cantitatea din fiecare medicament, denumită în continuare componenta eliberare pentru bolnav.

Seria şi numărul prescripţiei medicale electronice on-line şi off-line sunt unice şi sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate şi sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale/medic care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale un număr de prescripţii medicale electronice on-line şi off-line, la solicitarea acestora, şi organizează evidenţa prescripţiilor medicale electronice on-line şi off-line atribuite.

(4) În cazul prescrierii electronice online, medicul prescriptor, utilizând semnătura electronică extinsă, listează un exemplar al prescripţiei medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinse şi îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie şi poate lista un alt exemplar al prescripţiei electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidenţa proprie.

În cazul prescripţiilor medicale electronice online emise ca urmare a unei consultaţii la distanţă efectuată de către medicul prescriptor, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta/transmite farmaciei în vederea printării acestuia.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripţiei electronice online (componenta eliberare) - ce conţine confirmarea semnăturii electronice a farmacistului - pe care îl păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu. În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia şi eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări de sănătate propriu, nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei pe baza adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţei înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum şi copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei care este titular de card european/titular de formular european/bolnav din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 2 exemplare ale prescripţiei medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează şi parafează, dintre care un exemplar îl păstrează pentru evidenţa proprie şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a fi depus la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului care se semnează şi de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia dacă aceasta nu poate prezenta cardul naţional de asigurări de sănătate propriu. În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia şi eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei pe baza adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţei înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum şi de copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei care este titular de card european/titular de formular european/bolnav din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) În cazul prescrierii electronice on-line şi off-line, pentru situaţiile prevăzute la art. 26 din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022, farmaciile eliberează medicamentele/materialele sanitare specifice în regim off-line.

Farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripţiei şi listează un exemplar pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului şi cu semnătura asiguratului sau de persoana care ridică medicamentele; exemplarul componentei eliberare off-line se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere).

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) se semnează de către beneficiarul prescripţiei sau de către persoana care ridică medicamentele/materialele sanitare specifice în numele acestuia, identificarea făcându-se prin prezentarea cărţii de identitate/buletinului de identitate/paşaportului.

În situaţia în care medicamentele/materialele sanitare specifice se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei care este titular de card european/titular de formular european/bolnav din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) Prescripţia medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informaţiile solicitate în formularul de prescripţie medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/în prescripţia cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante.

Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante care nu conţin toate datele obligatoriu a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

(8) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internaţională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fişa medicală a bolnavului, în cazul produselor biologice, precum şi în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumirea comercială, cu excepţia produselor biologice şi a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, justificarea medicală va avea în vedere reacţii adverse raportate prin sistemul naţional de farmacovigilenţă, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiaşi DCI sau particularizarea schemei terapeutice inclusiv pentru DCI - Combinaţii.

(9) Prescripţiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele/materiale sanitare specifice pentru tratamentul ambulatoriu în cadrul programelor naţionale de sănătate curative constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

(10) Pentru prescripţia medicală electronică on-line şi off-line, în situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripţie, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripţie numai cu medicamentele eliberate şi va lista un exemplar al acesteia, pe care primitorul semnează cu precizarea poziţiei/poziţiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunţă şi care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situaţie medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripţia electronică on-line, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie şi la care asiguratul nu renunţă şi care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamentele va lista un exemplar (componenta eliberare pentru bolnav), cu DCI-urile/medicamentele eliberate, care va fi înmânat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie, precum şi un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor alin. (4) - care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(11) Medicamentele specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, unele boli rare, boli endocrine, pentru tratamentul substitutiv cu metadonă şi pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se

derulează aceste programe, pe bază de prescripţie medicală electronică online sau offline sau prescripţie medicală cu regim special utilizată pentru preparate stupefiante şi psihotrope, după caz.

(12) Medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, pentru tratamentul stării posttransplant al bolnavilor transplantaţi, cu excepţia tratamentului recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic, pentru tratamentul bolnavilor cu unele boli rare se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis.

(13) Medicamentele specifice care se acordă pe perioada spitalizării bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative se eliberează prin farmaciile cu circuit închis ale unităţilor sanitare; achiziţionarea acestora se realizează de către unitatea sanitară, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, după caz, la preţul de achiziţie, care în cazul medicamentelor nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

(14) Medicamentele specifice pentru tratamentul bolnavilor cu afecţiuni oncologice incluşi în Programul naţional de oncologie se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum şi pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară, după caz, corespunzătoare următoarelor DCI-uri: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum şi Fulvestrantum şi medicamentele de tip imunomodulator, care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A şi Interferonum alfa 2B, precum şi Bortezomibum, Trastuzumabum (concentraţia de 600 mg/5 ml), Azacitidinum, Rituximabum (concentraţia de 120 mg/ml, 1.400 mg/flacon şi 1.600 mg/flacon), Daratumumab (concentraţia de 1.800 mg) şi Combinaţii (pertuzumabum + trastuzumabum), Luspatercept, Ropeginterferon alfa 2B şi Denosumab (Xgeva);

b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru bolnavi pe perioada spitalizării.

(15) Pentru tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat se vor completa prescripţii medicale distincte: pentru medicamente antidiabetice non-insulinice, pentru medicamente antidiabetice de tipul insulinelor şi teste de automonitorizare şi pentru medicamente antidiabetice non-insulinice, antidiabetice de tipul insulinelor şi teste de automonitorizare pentru tratamentul mixt al bolnavilor diabetici.

(16) Prescrierea testelor de automonitorizare bolnavilor cu diabet zaharat se face împreună cu prescrierea tratamentului cu insulină şi/sau medicamente antidiabetice non-insulinice, pe acelaşi formular de prescripţie medicală, pe o perioadă de maximum 3 luni. Numărul de teste de automonitorizare este de până la 400 teste/3 luni pentru copilul cu diabet zaharat tip 1, până la 200 teste/3 luni pentru adultul cu diabet zaharat tip 1 automonitorizat şi până la 100 teste/3 luni pentru bolnavul cu diabet zaharat de tip 1 automonitorizat cu sistem de monitorizare continuă a glicemiei sau cu pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă precum şi pentru bolnavul cu diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat insulinotratat. Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să asigure în termen de maximum 48 de ore testele prescrise bolnavului, dacă acestea nu există în farmacie la momentul solicitării. Decizia privind prescrierea unui număr mai mic de teste sau de a întrerupe acordarea testelor aparţine medicului prescriptor.

(17) Medicamentele specifice pentru tratamentul bolnavilor cu purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, incluşi în cadrul Programului naţional de tratament pentru boli rare, se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru bolnavii iniţiaţi în unităţile sanitare cu paturi, cu doză şi răspuns stabil, lunar, dacă medicul curant apreciază că bolnavul/aparţinătorii acestuia are/au posibilitatea administrării tratamentului la domiciliu atât pentru forma farmaceutică cu administrare orală, cât şi pentru forma farmaceutică cu administrare subcutanată;

c) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, lunar, bolnavilor pentru care tratamentul cu forma farmaceutică cu administrare orală se iniţiază şi se continuă de către medicii hematologi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice.

(18) Medicamentele specifice pentru tratamentul bolnavilor cu talasemie, incluşi în cadrul Programului naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei, se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru forma farmaceutică cu administrare orală, dacă medicul curant apreciază că bolnavul/aparţinătorii acestuia are/au posibilitatea administrării tratamentului la domiciliu.

(19) Medicamentele specifice pentru tratamentul bolnavilor cu atrofie musculară spinală, incluşi în cadrul Programului naţional de tratament pentru boli rare, se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate prin care se derulează această activitate, pentru DCI Nusinersenum şi DCI Onasemnogen Abeparvovec;

b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate prin care se derulează această activitate, la iniţierea tratamentului copiilor cu DCI Risdiplamum, conform protocolului terapeutic;

c) pentru tratamentul de continuare al copiilor, respectiv pentru tratamentul de iniţiere, precum şi pentru cel de continuare al bolnavilor adulţi cu DCI Risdiplamum, prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie

contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 34 - Prescrierea şi eliberarea medicamentelor antidiabetice, medicamentelor oncologice specifice şi a medicamentelor specifice necesare tratamentului stării posttransplant în ambulatoriu, nominalizate în Lista denumirilor comerciale şi a preţurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale (DCI) cuprinse în secţiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate se realizează astfel:

a) tratamentul specific bolnavilor cu diabet zaharat se iniţiază de către medicul specialist în diabet, nutriţie şi boli metabolice sau de către medicul cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice şi poate fi continuat pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnaţi sau medicii de familie. Medicii de familie pot prescrie în baza scrisorii medicale numai medicamente antidiabetice non-insulinice.

b) iniţierea tratamentului cu medicamentele antidiabetice non-insulinice se realizează de către medicul specialist în diabet, nutriţie şi boli metabolice sau de către medicul cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, pentru bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate, precum şi cele prevăzute în protocoale terapeutice, după caz, inclusiv pentru categoriile de bolnavi menţionate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate care beneficiază de tratament cu DCI Metforminum.

c) prin excepţie de la prevederile alin. b), medicul de familie poate iniţia tratamentul cu DCI Metforminum (antidiabetic non-insulinic) pentru categoriile de bolnavi menţionate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

d) achiziţia, montarea şi eliberarea dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat (pompe de insulină fără senzori de monitorizare continuă a glicemiei, denumite în continuare pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de monitorizare continuă a glicemiei şi consumabilele aferente dispozitivelor medicale specifice) se realizează prin unităţile sanitare cu secţii/compartimente de profil care au farmacii cu circuit închis şi care au în schema de personal cel puţin un medic de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medic cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice care a absolvit un curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice.

e) pompele de insulină şi pompele de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei se montează în spitalizare de zi sau în spitalizare continuă, după caz, iar sistemele de monitorizare continuă a glicemiei se montează în spitalizare de zi sau ambulatoriu, după caz, care au farmacii cu circuit închis şi care au în schema de personal cel puţin un medic de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medic cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice care deţine documente ce atestă absolvirea unui curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice. Montarea dispozitivelor medicale specifice se face la recomandarea medicului de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medic cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, aflat într-o relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care monitorizează bolnavul, pe baza unui referat medical care cuprinde date despre bolnav precum şi îndeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru sistemul recomandat (anexa 14).

Medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medic cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice din unitatea sanitară care derulează aceste activităţi, în baza referatului medical programează bolnavul pentru evaluare în vederea acordării dispozitivelor specifice.

Eliberarea sistemului de iniţiere precum şi a materialelor consumabile aferente se realizează prin farmacia cu circuit închis a unităţilor sanitare care derulează programul.

f) Materialele consumabile aferente dispozitivelor specifice acordate în cadrul Programului naţional de diabet zaharat se eliberează prin farmacia cu circuit închis la o perioadă de 3 luni urmare a prescrierii în ambulatoriu, spitalizare de zi sau spitalizare continuă, după caz, de către medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medic cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice din unităţile sanitare care derulează programul.

1. Pentru sistemele de monitorizare continuă a glicemiei:

1.1. Setul de iniţiere constă în: transmiter, serter/serteri de implantare şi senzorii aferenţi. Necesarul de componente ale setului de iniţiere se stabileşte pentru o perioadă de 3 luni, în funcţie de specificaţiile tehnice.

1.2. Pentru sistemele de monitorizare continuă a glicemiei materialele consumabile sunt: transmiter, serter/serteri de implantare şi senzori.

2. Pentru pompele de insulină:

2.1. Setul de iniţiere a pompelor de insulină constă în: pompă de infuzie continuă a insulinei, serter de implantare canulă, catetere şi rezervoare. Necesarul de componente ale setului de iniţiere a pompelor de insulină se stabileşte pe o perioadă de 3 luni în funcţie de specificaţiile tehnice.

2.2. Pentru pompele de insulină materialele consumabile sunt: serter de implantare canulă, catetere şi rezervoare pompă. Necesarul de consumabile pentru pompa de insulină se stabileşte pentru o perioadă de 3 luni în funcţie de specificaţiile tehnice.

3. Pentru sistemele de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei:

3.1. Setul de iniţiere a sistemului de pompă cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei constă în:

pompă de infuzie continuă a insulinei, serter de implantare canulă, catetere pompă, rezervoare pompă, transmiter cu serter de implantare pentru senzor şi senzori. Necesarul de componente ale setului de iniţiere se stabileşte pentru o perioadă de 3 luni, în funcţie de specificaţiile tehnice.

3.2. Pentru sistemele de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei materialele consumabile sunt: serter de implantare canulă, catetere, rezervoare, transmiter cu serter de implantare pentru senzor şi senzori. Necesarul de consumabile pentru pompa de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei se stabileşte pentru o perioadă de 3 luni în funcţie de specificaţiile tehnice.

4. Setul de iniţiere şi consumabilele aferente pentru dispozitivele medicale specifice se acordă după cum urmează:

4.1. setul de iniţiere, care include consumabile pentru 3 luni, se acordă la data montării dispozitivului specific; după aceste 3 luni, în care bolnavul a utilizat materialele consumabile incluse în setul de iniţiere, acesta beneficiază de o prescripţie de materiale consumabile aferente dispozitivului specific, la un interval de 3 luni de zile, dar nu mai mult de 3 prescripţii pe an în funcţie de data montării dispozitivului;

4.2. în anul în care bolnavul beneficiază de acordarea consumabilelor aferente dispozitivelor specifice, acestea se prescriu la un interval de 3 luni, de maxim 4 ori pe an/bolnav.

g) prescrierea dispozitivelor medicale specifice şi a materialelor consumabile se realizează pe condica de prescripţie de medicamente şi materiale sanitare distinct întocmită în acest sens pentru această activitate, iar eliberarea se face prin farmacia cu circuit închis a unităţilor sanitare care derulează programul naţional de diabet zaharat.

h) pentru situaţiile în care din motive obiective bolnavul nu mai poate folosi senzorii de monitorizare continuă a glicemiei, pompa de insulină, sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei şi materialele consumabile aferente acestora rămase neutilizate, acestea sunt returnate unităţilor sanitare care derulează programul şi care le-a acordat bolnavului. În continuare, aceste materiale şi dispozitive vor putea fi redistribuite bolnavilor eligibili dacă sunt sigilate (consumabile) sau au fost evaluate de un service autorizat (pompe).

i) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de până la 30, respectiv 31 de zile, după caz, cu excepţia medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecţiuni oncologice, cu scleroză multiplă, osteoporoză, hemofilie, talasemie, hipertensiune arterială pulmonară, epidermoliză buloasă, scleroză tuberoasă, hiperfenilalaninemie la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină, scleroză sistemică şi ulcere digitale evolutive, mucoviscidoză, fibroză pulmonară idiopatică, sindrom de imunodeficienţă primară (tratament medicamentos cu administrare subcutanată) şi pentru starea posttransplant, respectiv a seturilor de iniţiere şi a materialelor consumabile pentru sistemele de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompele de insulină şi sistemelor de monitorizare continuă a glicemiei, a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă şi a testelor de automonitorizare acordate bolnavilor cu diabet zaharat cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz, inclusiv la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi. Pentru bolnavii cu afecţiuni oncologice şi bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii şi prognosticul bolii. Pentru bolnavii cu fibroză pulmonară idiopatică, la stabilirea perioadei de prescriere, medicul curant va ţine cont de starea clinică a bolnavului. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum este de până la 30 - 31 de zile.

j) Pentru tratamentul bolnavilor cu afecţiuni oncologice iniţierea se face de către medicul oncolog sau hematolog, medicul pediatru cu supraspecializare în hemato-oncologie pediatrică/oncologie pediatrică, competenţă în oncopediatrie, atestat de studii complementare în oncologie şi hematologie pediatrică, medic cu specialitatea oncologie şi hematologie pediatrică, după caz. Continuarea tratamentului se face de către medicul oncolog, hematolog sau medic pediatru cu supraspecializare în hemato-oncologie pediatrică/oncologie pediatrică, competenţă oncopediatrie, atestat de studii complementare în oncologie şi hematologie pediatrică, medic cu specialitatea oncologie şi hematologie pediatrică sau pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnaţi. Medicii desemnaţi sunt medicii de familie nominalizaţi de casa de asigurări de sănătate în situaţia în care există un deficit de medici oncologi sau hematologi la nivel judeţean.

k) Pentru prescripţia medicală electronică on-line, emisă pentru bolnavii cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative şi pentru care perioada de prescriere de medicamente poate fi de până la 90/91/92 zile, conform prevederilor lit. i), la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracţionat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracţionată se va face cu respectarea cantităţii lunare din fiecare medicament determinată în funcţie de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/farmaciile care a/au eliberat medicamente fracţionat va/vor lista un exemplar (componenta eliberare pentru bolnav) cu medicamentele eliberate, care va fi înmânat bolnavului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta, în termenul de valabilitate al prescripţiei, la aceeaşi sau la altă farmacie, precum şi un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 33 alin. (4), care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracţiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru bolnav;

l) Pentru tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu, medicul specialist din centrele acreditate pentru

activitatea de transplant şi nominalizate prin ordin al ministrului sănătăţii care are în evidenţă şi monitorizează bolnavii transplantaţi atât în ţară, cât şi în afara ţării şi care au fost luaţi în evidenţa unui centru acreditat eliberează scrisoare medicală către medicul prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la care bolnavul se află în evidenţă. În situaţia prescrierii tratamentului cu medicamente imunosupresoare, atât pentru bolnavii în status posttransplant aflaţi în tratament cu medicamente imunosupresoare, cât şi pentru bolnavii nou-transplantaţi, în scrisoarea medicală se consemnează, în mod obligatoriu, denumirea comună internaţională a medicamentului, denumirea comercială a acestuia, doza de administrare recomandată, forma farmaceutică/calea de administrare şi durata tratamentului. Scrisoarea medicală are valabilitate pe o perioadă maximă de 6 luni calendaristice.

În situaţia în care valoarea prescripţiei medicale este mai mare de 3.000 lei pe lună, aceasta se eliberează în farmacie numai dacă are aprobarea şefului centrului acreditat.

Pentru bolnavii în status posttransplant aflaţi în tratament cu medicamente imunosupresoare, substituţia cu medicamente având acelaşi DCI (fie generice, fie de referinţă) se realizează numai la recomandarea medicilor specialişti din centrele acreditate pentru activitatea de transplant şi în condiţiile monitorizării terapeutice a imunosupresiei, în mod similar cazurilor nou-transplantate.

În situaţia realizării substituţiei medicamentelor de referinţă imunosupresoare cu medicamente generice imunosupresoare sau a genericelor între ele, fie din iniţiativa medicilor specialişti din centrele acreditate pentru activitatea de transplant, fie din iniţiativa farmaciştilor, se menţine tratamentul imunosupresor de substituţie pentru a se evita riscurile de rejet al grefelor transplantate.

Art. 35 - (1) Achiziţia şi eliberarea procesoarelor de sunet (partea externă) pentru implanturi cohleare şi a procesoarelor de sunet (partea externă) pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă se realizează prin unităţile sanitare prin care se derulează Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive). Pentru a beneficia de procesor de sunet:

a) bolnavul care îndeplineşte criteriile de eligibilitate se va prezenta în unitatea sanitară care derulează programul şi la care se află în evidenţă în momentul solicitării procesorului de sunet (partea externă), în serviciul de audiologie;

b) medicul specialist care realizează activarea şi adaptarea procesorului de sunet va menţiona în foaia de observaţie a bolnavului recomandarea pentru procesor de sunet (partea externă) şi va completa unul din Formularele pentru înlocuirea procesorului de sunet (partea externă), după caz, la bolnavii eligibili, prevăzute în anexa nr. 11, în baza căruia se realizează eliberarea procesorului de sunet;

c) procesorul de sunet (partea externă) va fi eliberat bolnavului după activare şi adaptare specifică şi va beneficia de o perioadă de garanţie conform prevederilor din contractul de achiziţie.

(2) În cazul procesoarelor ieşite din garanţie, care au mai puţin de 7 ani de funcţionare (pentru implanturi cohleare), respectiv de 5 ani de funcţionare (pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă) şi care nu mai pot fi reparate, raportul de service care atestă imposibilitatea reparării se va anexa foii de observaţie.

Art. 36 - Materialele sanitare consumabile utilizate în cadrul Programului naţional de diabet zaharat şi al Programului naţional de tratament pentru boli rare - epidermoliză buloasă, care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităţilor sanitare, pot fi transmise la domiciliul bolnavului în situaţia în care unitatea sanitară are această posibilitate.

Cap. V
Responsabilităţile/obligaţiile specifice în derularea programelor naţionale de sănătate curative

Art. 37 - Pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, servicii medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, servicii de testare genetică, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4), care sunt şi în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, după caz. Medicamentele eliberate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmaciile şi unităţile de specialitate în baza actelor adiţionale încheiate la contractele pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative.

Art. 38 - (1) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie şi al Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:

a) cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4) lit. b) şi c) cu care se află în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti,

b) cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4) lit. b) şi c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă şi care se află sau nu se află în relaţie contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Unităţile de specialitate de la alin. (2) lit. b), în vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii de eligibilitate:

a) să fie organizaţi în una din formele legale prevăzute de actele normative în vigoare;

b) să fie autorizate şi să facă dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;

(3) În vederea intrării în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, unităţile de specialitate de la alin. (2) lit. b) au obligaţia de a depune la casele de asigurări de sănătate documentele prevăzute în anexele la contractele prevăzute în anexa 4, respectiv anexa 5.

(4) Pentru derularea Subprogramului naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului naţional de sănătate mintală, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoane cu tulburări din spectrul autist cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4) lit. e) care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii, sunt autorizaţi şi evaluaţi, sau autorizaţi şi fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare.

Art. 39 - Unităţile de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative au obligaţiile, sancţiunile, precum şi condiţiile de reziliere, suspendare şi încetare a contractului prevăzute în Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate şi asumate de părţile contractante prin contractele încheiate în acest sens, după modelele de contract prevăzute în anexele nr. 1 - 51 la prezentele norme tehnice.

Art. 40 - (1) Casele de asigurări de sănătate, prin direcţiile şi structurile de specialitate, au următoarele responsabilităţi:

a) răspund de asigurarea, urmărirea şi controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor;

b) realizează, pentru fiecare unitate de specialitate şi cumulat la nivelul casei de asigurări de sănătate, analiza şi monitorizarea derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative prin indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi transmişi de unităţile de specialitate;

c) raportează Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) şi anual, în primele 20 de zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, sumele alocate de acestea pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, sumele utilizate de unităţile sanitare şi farmaciile cu circuit deschis care derulează programe, precum şi indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi, conform machetelor prevăzute la art. 18;

d) anual persoana/persoanele de la nivelul casei de asigurări de sănătate responsabilă/responsabile cu programele de sănătate şi implicată/implicate în completarea, analiza şi transmiterea indicatorilor fizici şi de eficienţă prevăzuţi la lit. c) va/vor participa la analiza şi evaluarea indicatorilor raportaţi în anul precedent;

e) evaluează şi fundamentează, în raport cu numărul de bolnavi eligibili, consumurile lunare şi stocurile de medicamente/materiale sanitare specifice, după caz, necesarul de fonduri pentru asigurarea tratamentului bolnavilor incluşi în programe/subprograme naţionale de sănătate, inclusiv a tratamentului cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi a tratamentului cu medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum;

f) analizează şi validează prescripţiile medicale eliberate în farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, în vederea decontării ulterioare precum şi DCI-urile ce fac obiectul contractelor cost-volum;

g) monitorizează consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, cu evidenţe distincte pentru DCI-urile notate cu (**)1, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

h) analizează şi validează în vederea decontării investigaţiile medicale paraclinice efectuate şi raportate în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale paraclinice;

i) repartizează unităţilor de specialitate fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate curative în funcţie de analiza indicatorilor fizici şi de eficienţă realizaţi comparativ cu cei prevăzuţi, precum şi de stocurile existente, analiză efectuată împreună cu coordonatorii judeţeni/coordonatorii unităţilor sanitare prin care se derulează programele naţionale de sănătate curative;

j) publică pe site-ul propriu, pe fiecare program/subprogram/activitate, lista unităţilor sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

(2) În relaţiile contractuale cu furnizorii, casele de asigurări de sănătate au şi următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi sau cu furnizorii autorizaţi şi acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, după caz, şi care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, precum şi cu furnizorii de servicii de dializă, furnizorii de servicii conexe, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie, şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina de internet proprie şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

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

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

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, conform 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, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.012/2013, cu modificările şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare, investigaţiilor paraclinice sau altele asemenea, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de acestea, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/serviciilor conexe/investigaţiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea, acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altele asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii 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 situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(3) Sumele încasate şi evidenţiate distinct pe fiecare furnizor la nivelul caselor de asigurări de sănătate ca urmare a aplicării sancţiunilor pentru nerespectarea obligaţiilor prevăzute în contractele încheiate cu furnizorii se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(4) Reţinerea sumelor conform alin. (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional curativ.

(5) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (3) se face prin plata directă sau prin executare silită

pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative.

(6) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre sancţiunile aplicate unităţilor sanitare cu paturi.

(7) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (2), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare de la încheierea contractelor, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

(8) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a publica pe pagina de internet proprie lista unităţilor de specialitate cu care se află în relaţie contractuală pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative.

Art. 41 - Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, prin direcţiile de specialitate, are următoarele responsabilităţi:

a) răspunde de asigurarea, urmărirea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor/subprogramelor;

b) realizează monitorizarea derulării programelor/subprogramelor prin indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi;

c) trimestrial şi anual, întocmeşte un raport de analiză comparativă a indicatorilor prevăzuţi faţă de cei realizaţi pe care îl transmite structurii cu atribuţii în elaborarea şi coordonarea programelor naţionale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătăţii;

d) transmite, trimestrial, anual şi ori de câte ori este nevoie, structurii din cadrul Ministerului Sănătăţii cu atribuţii în elaborarea şi coordonarea programelor naţionale de sănătate indicatorii fizici şi de eficienţă ai programelor naţionale de sănătate curative, precum şi analiza comparativă a indicatorilor realizaţi faţă de cei prevăzuţi;

e) colaborează cu comisiile de experţi de la nivelul CNAS, precum şi cu coordonatorii naţionali desemnaţi prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative.

Art. 42 - În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), constatate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS), acestea vor fi comunicate prin publicare pe site-ul propriu la adresa www.cnas.ro, secţiunea informaţii publice/comunicate de presă. Ordinul emis de preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în condiţiile art. 26 din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, secţiunea informaţii publice/comunicate de presă.

Cap. VI
Controlul derulării programelor naţionale de sănătate

Art. 43 - Controlul derulării programelor naţionale de sănătate curative se realizează de către structura de control a caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu prevederile Ordinului preşedintelui Casei Naţionale 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 şi completările ulterioare şi are în vedere verificarea respectării prevederilor legale şi a obligaţiilor contractuale de către furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate sau care s-au aflat în relaţie contractuală cu acestea precum şi verificarea serviciilor validate şi raportate în baza contractelor încheiate.

Art. 44 - (1) Furnizorii au obligaţia de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din fond.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora, se sancţionează conform legii şi poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 45 - Pentru anii 2022, respectiv 2023 controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie 2023, respectiv 15 februarie 2024.

Cap. VII
Metodologia de selecţie a unităţilor de specialitate pentru includerea în programele naţionale de sănătate curative

Art. 46 - Pentru includerea în programele naţionale de sănătate curative selecţia unităţilor de specialitate se va realiza astfel:

a) Unităţile de specialitate care solicită includerea în programele naţionale de sănătate curative depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă îşi desfăşoară activitatea cererea de includere în program, însoţită de chestionarul de evaluare completat aferent programului/ subprogramului/activităţii pentru care se face solicitarea. Chestionarele de evaluare cuprind criteriile de includere în program/subprogram/activitate şi modelele acestora sunt prevăzute în anexa nr. 16 la prezentele norme tehnice.

b) Casa de asigurări de sănătate va face verificarea îndeplinirii criteriilor cuprinse în chestionarul de evaluare prin vizită la sediul unităţii de specialitate şi pe baza documentelor puse la dispoziţie de aceştia, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data la care cererea a fost depusă la casa de asigurări. În urma verificării, casa de asigurări de sănătate va aviza sau nu va aviza îndeplinirea criteriilor cuprinse în chestionar prin completarea cap. 5 din acesta.

c) Criteriile sunt obligatorii pentru includerea în programul/subprogramul/activitatea pentru care se face solicitarea.

d) Casa de asigurări de sănătate va comunica Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în termen de 5 zile lucrătoare de la data avizării chestionarului de evaluare pentru fiecare program/subprogram/activitate Lista unităţilor sanitare avizate pentru includere în program/subprogram/activitate;

e) Unităţile de specialitate avizate depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă îşi desfăşoară activitatea fundamentarea solicitării de finanţare. În urma analizei acesteia, casa de asigurări de sănătate va stabili necesarul de fonduri în concordanţă cu structura organizatorică şi dotarea unităţii sanitare şi îl va transmite către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

f) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate va include unităţile de specialitate avizate în lista unităţilor care derulează programul/subprogramul, cu încadrarea în bugetul aprobat, precum şi cu respectarea prevederilor art. 3 alin. (4) lit. c), după depunerea la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate a solicitărilor de finanţare de către casele de asigurări.

g) Pentru unităţile de specialitate aflate la data de 31.03.2017 în relaţie contractuală pentru derularea programelor/ subprogramelor naţionale de sănătate, care au fost evaluate, dar nu au îndeplinit toate criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare, acestea vor fi avizate, cu plan de conformare, de către casa de asigurări de sănătate şi de direcţia de sănătate publică până la data de 31.12.2023*). Neîndeplinirea criteriilor la data mai sus menţionată duce la încetarea de drept a contractului şi nu mai poate fi prelungit prin act adiţional.

---

*) Termenul prevăzut la lit. g) se prorogă până la data de 31 decembrie 2024. (a se vedea art. II din O. nr. 1.230/2023)

h) Avizarea unităţilor de specialitate în baza criteriilor cuprinse în chestionarele de evaluare se menţine pe durata valabilităţii actelor normative în vigoare, cu excepţia situaţiilor în care apar modificări în ceea ce priveşte îndeplinirea criteriilor din chestionarele de evaluare.

i) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 pct. II şi cap. 3 se aplică unităţilor de specialitate publice, potrivit dispoziţiilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea şi efectuarea gărzilor în unităţile publice din sectorul sanitar, cu modificările şi completările ulterioare, şi Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, precum şi pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal.

Pentru unităţile de specialitate private numărul de personal şi modul de organizare şi asigurare a continuităţii asistenţei medicale sunt reglementate prin normele proprii de organizare şi funcţionare ale unităţii.

j) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 privind structura de specialitate în prevenirea infecţiilor nosocomiale asociate asistenţei medicale se aplică unităţilor de specialitate publice şi private cu paturi, potrivit dispoziţiilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare.

Cap. VII[1]*)

Dispoziţii aplicabile pentru punerea în aplicare a prevederilor art. V din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative

*) Cap. VII[1] a fost introdus prin O. nr. 330/2022 de la data de 23 mai 2022.

Art. 47*) - (1) Pentru unităţile sanitare care derulează Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, precum şi pentru unităţile sanitare care derulează Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depăşit nivelul contractat.

(2) Actele adiţionale de suplimentare a valorii de contract pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de dializă şi regularizarea trimestrială a acestora, precum şi a serviciilor de radioterapie se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea de acte adiţionale de suplimentare a valorii de contract, în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

*) Art. 47 a fost introdus prin O. nr. 330/2022 de la data de 23 mai 2022.

Cap. VIII
Creditele bugetare şi de angajament aferente programelor

Creditele bugetare şi de angajament aferente programelor naţionale de sănătate curative pentru anul 2022

			- mii lei -
Denumirea programului de sănătate	Credite de angajament anul 2022	Credite bugetare anul 2022	Transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătăţii, către bugetul Fondului Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate**)
Programul naţional de oncologie, din care:	3.913.674,72	3.418.975,65	4.728,66
Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice (adulţi şi copii)*)	3.544.794,34	3.036.211,33	4.324,26
Subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT	15.108,00	28.424,00	0,00
Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare	754,00	589,32	0,00
Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară la copii şi adulţi	4.189,68	4.692,84	6,68
Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice (adulţi şi copii)	348.807,70	349.038,35	397,72
Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom) la copii şi adulţi	21,00	19,81	0,00
Programul naţional de diabet zaharat	2.208.746,05	1.968.025,26	218,19
Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană	60.665,85	54.344,48	10,03
Programul naţional de tratament pentru boli rare*)	641.737,40	480.888,21	168,13
Programul naţional de tratament al bolilor neurologice*)	161.942,59	150.679,03	65,59
Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei	228.952,29	195.035,84	120,29
Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive)	25.173,00	23.534,28	0,00
Programul naţional de boli endocrine	2.082,80	1.827,41	1,80
Programul naţional de ortopedie	132.311,21	99.646,00	46,21
Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice	186,35	259,75	0,00
Programul naţional de boli cardiovasculare	298.181,99	232.761,27	91,99
Programul naţional de sănătate mintală	2.904,47	3.120,08	0,78
Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă, din care:	25.533,21	20.363,09	64,26
Subprogramul de radiologie intervenţională	21.904,41	17.039,67	59,46
Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos	2.500,00	2.438,51	0,00
Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil	327,80	293,90	4,80
Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular	801,00	591,01	0,00
Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică	1.300.856,07	1.264.850,65	1.634,07
Programul naţional de PET-CT	51.276,00	44.504,00	44,00
Total	**9.054.224,00**	**7.958.815,00**	**7.194,00**
Cost-volum	**2.005.594,77**	**1.687.185,12**	**1.995,12**

Total general	**11.059.818,77**	**9.646.000,12**	**9.189,12**

*) Sumele nu includ valoarea creditelor de angajament şi bugetare aferente contractelor cost-volum. Valoarea acestora este prevăzută distinct.

**) Credite de angajament şi bugetare care fac obiectul prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin şi asistenţă umanitară de către statul român cetăţenilor străini sau apatrizilor aflaţi în situaţii deosebite, proveniţi din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările şi completările ulterioare, şi care sunt incluse în creditele de angajament şi bugetare aferente programelor naţionale de sănătate curative pentru anul 2022.

Cap. IX

Structura programelor naţionale de sănătate curative aprobate şi finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate

PROGRAMUL NAŢIONAL DE BOLI CARDIOVASCULARE

Obiective:

- tratamentul bolnavilor cu afecţiuni cardiovasculare prin:

a) proceduri de cardiologie intervenţională;

b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

c) proceduri de chirurgie vasculară;

d) proceduri de cardiologie intervenţională pentru malformaţiile cardiace.

Activităţi:

a) tratamentul bolnavilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic şi aspectul morfofuncţional;

b) tratamentul bolnavilor cu aritmii rezistente la tratament convenţional prin proceduri de electrofiziologie;

c) tratamentul bolnavilor cu bradiaritmii severe prin implantare de stimulatoare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic şi electrofiziologic al aritmiei şi cu starea clinică a bolnavului;

d) tratamentul bolnavilor cu aritmii complexe prin proceduri de ablaţie;

e) tratamentul bolnavilor cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convenţional prin implantarea de defibrilatoare interne;

f) tratamentul bolnavilor cu insuficienţă cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă şi fracţie de ejecţie < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă;

g) tratamentul bolnavilor cu patologie cardiovasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulţi şi copii);

h) tratamentul bolnavilor cu anevrisme aortice prin tehnici hibride;

i) tratamentul bolnavilor cu stenoze aortice, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter;

j) tratamentul bolnavilor cu insuficienţă cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung;

k) tratamentul bolnavilor cu patologie vasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară;

l) tratamentul malformaţiilor cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervenţională;

m) tratamentul bolnavilor cu insuficienţă mitrală severă, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter;

n) tratamentul bolnavilor cu insuficienţă tricuspidiană severă, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter;

o) tratamentul bolnavilor cu valvulopatii pulmonare severe, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter.

Criterii de eligibilitate:

a) pentru proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale: bolnavi cu stenoze arteriale severe cu indicaţie de dilatare percutană;

b) pentru proceduri de electrofiziologie: bolnavi cu aritmii rezistente la tratamentul convenţional;

c) pentru implantare de stimulatoare cardiace: bolnavi cu bradiaritmii severe, cu indicaţii de implantare de stimulatoare cardiace;

d) pentru tratamentul prin proceduri de ablaţie al bolnavilor cu fibrilaţie atrială, tahicardie atrială focală, flutter atrial atipic, extrasistole atriale şi ventriculare, tahicardii ventriculare sau alte aritmii la care metodele de ablaţie convenţionale nu au fost eficace ori sunt considerate riscante. Ablaţia este indicată la aceşti bolnavi când tratamentul medicamentos sau prin alte mijloace nu a fost eficace, nu este tolerat ori nu este acceptabil de prima intenţie conform ghidurilor actuale;

e) pentru implantare de defibrilatoare interne: bolnavi cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratament convenţional; bolnavi cu risc crescut de moarte subită;

f) pentru implantare de dispozitive de resincronizare cardiacă: bolnavi cu insuficienţă cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă şi fracţie de ejecţie < 35%;

g) pentru proceduri de chirurgie cardiovasculară: bolnavi cu boli cardiovasculare cu indicaţie chirurgicală fără contraindicaţii majore;

h) pentru tratamentul prin tehnici hibride: bolnavi cu anevrisme aortice cu acces vascular iliac sau femural adecvat, cu margine liberă nonanevrismală de cel puţin 1 cm de emergenţa arterelor renale şi un diametru vascular cu 10 - 20% mai mic decât stentul disponibil de a fi implantat, cu anatomie favorabilă tratamentului endovascular (diametru peste 5 cm, diametru de 4 - 5 cm, dar care a crescut cu > 0,5 cm în ultimele 6 luni, diametru mai mare decât dublul calibrului aortei infrarenale, angulaţie mai mică a coletului anevrismal de 60°, diametru iliac > 7 mm sau care să permită introducerea unei teci de 19F, angulaţii ale arterelor iliace < 120°);

i) pentru tratamentul prin tehnici transcateter: bolnavi cu stenoză aortică strânsă simptomatică, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical mare, conform analizei din partea echipei medico-chirurgicale şi la care se consideră că se va putea îmbunătăţi calitatea vieţii, iar speranţa de viaţă va fi > 1 an după efectuarea procedurii;

j) pentru tratamentul prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung: bolnavi cu insuficienţă cardiacă în stadiul terminal:

- bolnavi ce au contraindicaţii pentru transplantul cardiac sau ca terapie de aşteptare "bridge to therapy" pentru transplant;
- bolnavi cu simptome severe şi cu IC refractară la terapia convenţională ce devin dependenţi de terapia cu inotrope pozitive/vasopresoare > 14 zile sau dependenţi de BCIA > 7 zile şi care au o scădere semnificativă a funcţiei sistolice (FE VS < 25%);
- bolnavi la care VO_2 < 14 ml/kg/min sau mai puţin de 50% din valoarea standardizată în funcţie de vârstă, sex şi greutate;
- bolnavi la care indexul cardiac este < 2 l/min/m^2, în ciuda terapiei concomitente cu substanţe inotrope pozitive;

k) pentru proceduri de chirurgie vasculară: bolnavi cu afecţiuni vasculare cu indicaţie chirurgicală fără contraindicaţii majore;

l) pentru proceduri de cardiologie intervenţională în tratamentul malformaţiilor cardiace congenitale: bolnavi cu malformaţii congenitale ale adultului sau copilului, care pot fi rezolvate prin proceduri de cardiologie intervenţională;

m) bolnavi cu insuficienţă mitrală* severă simptomatică, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, la care se consideră că speranţa de viaţă va fi > 1 an după efectuarea procedurii;

---

* Gradul de severitate al regurgitării mitrale este stabilit conform criteriilor ecocardiografice din ghidul ESC/EACTS 2021 de valvulopatii. Recomandările ghidului ESC/EACTS din 2021 privind intervenţiile percutane valvulare sunt:

Insuficienţa mitrală severă primară:

Clasa IIb nivel B: Intervenţia valvulară percutanată (transcateter) "edge-to-edge " poate fi considerată la pacienţii simptomatici cu regurgitare mitrală primară severă, care îndeplinesc criteriile de eligibilitate ecocardiografică, stabiliţi de către "Heart Team" ca neeligibili pentru chirurgie sau cu risc foarte mare şi la care procedura percutană nu se consideră inutilă/depăşită ca indicaţie.

Insuficienţa mitrală severă secundară:

Clasa IIa nivel C: Intervenţia valvulară percutană (transcateter) "edge-to-edge " este indicată la pacienţii cu insuficienţă mitrală severă, simptomatici, cu afectare coronariană şi/sau valvulară aortică, la care "Heart Team" a decis că intervenţia chirurgicală nu este posibilă sau cu risc chirurgical foarte mare şi care vor fi trataţi complet intervenţional (prin PCI şi/sau TAVI).

Clasa IIa nivel B: Intervenţia valvulară percutanată (transcateter) "edge-to-edge " poate fi considerată la pacienţii simptomatici cu regurgitare mitrală severă, fără afectare coronariană, neeligibili pentru chirurgie şi care îndeplinesc criteriile de posibil răspuns la tratament.

Clasa IIb nivel C: Intervenţia valvulară percutanată (transcateter) "edge-to-edge " poate fi considerată la pacienţi simptomatici cu regurgitare mitrală severă, fără afectare coronariană, neeligibili pentru chirurgie şi care nu îndeplinesc criteriile de posibil răspuns la tratament, selectaţi de "Heart Team", după excluderea posibilităţii de dispozitiv de susţinere ventriculară sau de transplant cardiac.

n) bolnavi cu insuficienţă tricuspidiană**) severă simptomatică, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, la care se consideră că speranţa de viaţă va fi > 1 an după efectuarea procedurii;

**) Gradul de severitate al regurgitării tricuspidiene este stabilit conform criteriilor ecocardiografice din ghidul ESC/EACTS 2021 de valvulopatii. Recomandările ghidului ESC/EACTS din 2021 privind intervenţiile percutane valvulare sunt:

Insuficienţă tricuspidiană severă primară

Fără indicaţie de tratament percutan.

Insuficienţă tricuspidiană severă secundară

Clasa IIa nivel C: Intervenţia valvulară percutană poate fi considerată la pacienţii cu insuficienţă tricuspidiană secundară severă, simptomatici, declaraţi de către "Heart Team" ca neoperabili, în centre cu expertiză în domeniul valvular şi cu experienţă în tratamentul patologiei tricuspidiene.

o) bolnavi cu valvulopatii pulmonare severe***), declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, la care se consideră că speranţa de viaţă va fi > 1 an după efectuarea procedurii.

***) Gradul de severitate al valvulopatiilor pulmonare este stabilit conform criteriilor ecocardiografice din ghidul ESC/EACTS 2020 de boli cardiace congenitale. Recomandările ghidului ESC/EACTS din 2020 privind intervenţiile percutane în bolile valvei pulmonare sunt:

Clasa I nivel C: Intervenţia percutană valvulară (prin dilatare cu balon sau implantare de proteză) poate fi luată în considerare la pacienţii cu stenoză valvulară pulmonară severă nondisplazică, fără alte leziuni asociate cu indicaţie de corecţie chirurgicală, la pacienţii simptomatici, cu anatomie fezabilă, declaraţi de către "Heart Team" ca neoperabili, în centre cu expertiză în domeniul valvular şi cu experienţă în tratamentul patologiei pulmonare.

Clasa IIa nivel C: Intervenţia percutană valvulară (prin dilatare cu balon sau implantare de proteză) poate fi luată în considerare la pacienţii cu stenoză valvulară pulmonară severă nondisplazică, fără alte leziuni asociate cu indicaţie de corecţie chirurgicală, la pacienţii asimptomatici, cu anatomie fezabilă, declaraţi de către "Heart Team" ca neoperabili, în centre cu expertiză în domeniul valvular şi cu experienţă în tratamentul patologiei pulmonare, pacienţi care îndeplinesc cel puţin unul dintre următoarele criterii:

(i) scăderea capacităţii de efort;

(ii) dilataţia progresivă a ventriculului drept (> 80 ml/m^2);

(iii) creşterea regurgitării tricuspidiene la cel puţin moderată;

(iv) disfuncţia sistolică progresivă a ventriculului drept;

(v) creşterea presiunii sistolice intraventriculare la mai mult de 80 mmHg.

Clasa I nivel C: În cazul pacienţilor după operaţiile pentru tetralogia Fallot fără tract de ejecţie nativ al ventriculului drept, implantarea valvei pulmonare transcateter este de preferat dacă anatomia este fezabilă.

Clasa IIa nivel C: Intervenţia percutană valvulară (implantare de proteză) poate fi luată în considerare la pacienţii operaţi de tetralogie Fallot asimptomatici, dar cu insuficienţă valvulară pulmonară şi/sau obstrucţie a tractului de ejecţie al ventriculului drept, cu indicaţie de corecţie chirurgicală, cu anatomie fezabilă, declaraţi de către "Heart Team" ca neoperabili, în centre cu expertiză în domeniul valvular şi cu experienţă în tratamentul patologiei pulmonare, pacienţi care îndeplinesc cel puţin unul dintre următoarele criterii:

(i) scăderea capacităţii de efort;

(ii) dilataţia progresivă a ventriculului drept (> 80 ml/m^2);

(iii) creşterea regurgitării tricuspidiene la cel puţin moderată;

(iv) disfuncţia sistolică progresivă a ventriculului drept;

(v) creşterea presiunii sistolice intraventriculare la mai mult de 80 mmHg.

Indicatori de evaluare:

1) **indicatori fizici:**

a) numărul de bolnavi trataţi prin proceduri de dilatare percutană/an: 15.122;

b) numărul de bolnavi trataţi prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 1.343;

c) numărul de bolnavi trataţi prin implantare de stimulatoare cardiace/an: 6.680;

d) numărul de bolnavi cu aritmii complexe trataţi prin proceduri de ablaţie/an: 871;

e) numărul de bolnavi trataţi prin implantare de defibrilatoare interne/an: 789;

f) numărul de bolnavi trataţi prin implantare de stimulatoare de resincronizare cardiacă/an: 259;

g) numărul de bolnavi (adulţi) trataţi prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 5.284;

h) numărul de bolnavi cu anevrisme aortice trataţi prin tehnici hibride/an: 200;

i) numărul de bolnavi cu stenoze aortice, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, trataţi prin tehnici transcateter/an: 935;

j) numărul de bolnavi cu insuficienţă cardiacă în stadiul terminal trataţi prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung/an: 3;

k) numărul de bolnavi (copii) trataţi prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 416;

l) numărul de bolnavi trataţi prin intervenţii de chirurgie vasculară/an: 3.936;

m) numărul de copii cu malformaţii cardiace congenitale trataţi prin intervenţii de cardiologie intervenţională/an: 142;

n) numărul de adulţi cu malformaţii cardiace congenitale trataţi prin intervenţii de cardiologie intervenţională/an: 99;

o) numărul de bolnavi cu insuficienţă mitrală severă trataţi prin tehnici transcateter/an: 100;

p) numărul de bolnavi cu insuficienţă tricuspidiană severă trataţi prin tehnici transcateter/an: 100;

q) numărul de bolnavi cu valvulopatie pulmonară severă trataţi prin tehnici transcateter/an: 50.

2) **indicatori de eficienţă:**

a) cost mediu/bolnav tratat prin dilatare percutană/an: 2.275 lei;

b) cost mediu/bolnav tratat prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 6.641 lei;

c) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator cardiac/an: 3.474 lei;

d) cost mediu/bolnav cu aritmii complexe tratat prin proceduri de ablaţie/an: 17.309 lei;

e) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de defibrilator intern/an: 14.892 lei;

f) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator de resincronizare cardiacă/an: 9.487 lei;

g) cost mediu/bolnav (adult) tratat prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 9.462 lei;

h) cost mediu/bolnav cu anevrism aortic tratat prin tehnici hibride/an: 31.781 lei;

i) cost mediu/bolnav cu stenoze aortice, declarat inoperabil sau cu risc chirurgical foarte mare, tratat prin tehnici transcateter/an: 112.467 lei;

j) cost mediu/bolnav cu insuficienţă cardiacă în stadiul terminal tratat prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung/an: 588.593 lei;

k) cost mediu/bolnav (copil) tratat prin intervenţii de chirurgie cardiovasculară/an: 10.896 lei;
l) cost mediu/bolnav tratat prin intervenţii de chirurgie vasculară/an: 818 lei;
m) cost mediu/copil cu malformaţii cardiace congenitale tratat prin intervenţii de cardiologie intervenţională/an: 8.094 lei;
n) cost mediu/adult cu malformaţii cardiace congenitale tratat prin intervenţii de cardiologie intervenţională/an: 10.085 lei;
o) cost mediu/bolnav cu insuficienţă mitrală tratat prin tehnici transcateter/an: 155.000 lei;
p) cost mediu/bolnav cu insuficienţă tricuspidiană tratat prin tehnici transcateter/an: 145.000 lei;
q) cost mediu/bolnav cu valvulopatie pulmonară tratat prin tehnici transcateter/an: 115.000 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice tratamentului prin procedeele specifice.

Unităţi care derulează programul:

1) proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan" Bucureşti;
f) Spitalul Clinic de Urgenţă "Elias";
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
i) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
j) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
n) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
o) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
p) Clinicile ICCO Braşov;
q) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
r) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Andreoiu" Ploieşti;
s) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
ş) Societatea Comercială Clinica Polisano Sibiu;
t) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;
ţ) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
v) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;
x) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
y) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
y) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
aa) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
ab) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" - Iaşi;
ac) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
ad) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
ae) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;

2) proceduri de electrofiziologie a aritmiilor:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
g) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
k) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
l) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
m) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
n) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
o) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
p) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias - Bucureşti;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.

3) implantare de stimulatoare cardiace:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;

b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
g) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
j) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan" Bucureşti;
k) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
l) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
r) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
s) Clinicile ICCO Braşov;
ş) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Andreoiu" Ploieşti;
t) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
ţ) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
v) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
w) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
x) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias - Bucureşti;
y) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
z) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
aa) Spitalul Judeţean de Urgenţă Miercurea-Ciuc;
ab) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
4) proceduri de ablaţie:
a) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
d) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
e) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
f) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
g) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
i) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
j) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
k) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
l) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
n) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
o) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
p) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias - Bucureşti;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.
5) implantare de defibrilatoare interne:
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
e) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
g) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
k) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
l) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
m) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
o) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
r) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;

s) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
ş) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;
t) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
ţ) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
v) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
w) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.

6) resincronizare cardiacă în insuficienţa cardiacă severă:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
g) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
j) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
k) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
l) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
m) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
n) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
o) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;
p) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" Bucureşti;
q) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
r) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
s) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.

7) proceduri de chirurgie cardiovasculară adulţi:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
c) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
d) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
e) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
f) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
g) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
h) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
j) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
k) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
l) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
m) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
o) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
q) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
r) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
s) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.

8) proceduri de chirurgie cardiovasculară copii:

a) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
b) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie";
e) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
f) Societatea Comercială Clinica Polisano Sibiu;
g) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
i) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
j) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
k) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;

9) proceduri prin tehnici hibride:

a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
d) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;

e) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
f) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
g) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
h) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
i) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara;
k) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
l) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
n) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
o) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
p) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
r) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
s) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.

10) proceduri prin tehnici transcateter pentru bolnavii cu stenoze aortice:
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
c) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
d) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
e) SC Clinica Polisano SRL - Sibiu;
f) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
g) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
h) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
i) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
j) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
k) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
m) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
n) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
o) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
q) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
r) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.

11) proceduri prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung:
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
c) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;

12) proceduri de chirurgie vasculară:
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Dr. Carol Davila;
c) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Bucureşti;
e) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca - Secţia clinică de chirurgie vasculară;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
j) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Braşov;
n) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
o) Spitalul de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
r) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;
s) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
ş) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
t) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M.S. Curie" - Bucureşti;
ţ) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
u) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
v) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
w) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

x) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
y) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
13) proceduri de cardiologie intervenţională în tratamentul copiilor cu malformaţii cardiace congenitale:
a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie";
b) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
d) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
e) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
g) S.C. Delta Health Care - S.R.L.;
14) proceduri de cardiologie intervenţională în tratamentul adulţilor cu malformaţii cardiace congenitale:
a) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
b) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
d) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
e) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
f) S.C. Centrul Medical Policlinico di Monza - S.R.L. - Bucureşti;
g) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
h) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
i) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" Bucureşti;
j) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
k) S.C. Delta Health Care - S.R.L;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov.
15) **proceduri prin tehnici transcateter pentru bolnavi cu insuficienţă mitrală:**
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
b) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
c) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
d) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
e) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
f) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
g) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
h) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
i) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
16) **proceduri prin tehnici transcateter pentru bolnavi cu insuficienţă tricuspidiană:**
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
b) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
c) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
d) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
e) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
f) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
g) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
h) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
i) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
17) **proceduri prin tehnici transcateter pentru bolnavi cu valvulopatii pulmonare:**
a) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
b) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara;
c) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
d) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
e) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
f) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
g) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
h) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
i) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE ONCOLOGIE

Obiective:
a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
b) reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
c) diagnosticul şi monitorizarea afecţiunilor hematologice maligne;
d) radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
e) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne.
Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
2. Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
3. Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară;
4. Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
5. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;
6. Subprogramul naţional de testare genetică.

Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice (adulţi şi copii)
Activităţi:
a) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu afecţiuni oncologice: citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste în spital şi în ambulatoriu;
b) asigurarea tratamentului specific cu terapii avansate CAR-T, în spital.
Criterii de eligibilitate:
1. Criterii de includere în subprogram:
a) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste), în spital şi în ambulatoriu, bolnavilor cu afecţiuni oncologice: după stabilirea diagnosticului de boală neoplazică şi stadializarea extensiei tumorale, conform procedurilor recomandate de ghidurile şi tratatele naţionale şi internaţionale recunoscute;
b) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific cu terapii avansate CAR-T, în spital: bolnavi copii şi adolescenţi şi bolnavi adulţi tineri, cu vârsta cuprinsă până la 25 ani inclusiv, cu leucemie acută limfoblastică (LAL) cu celule B, refractar, în recădere posttransplant, în a doua recădere sau recăderi ulterioare, precum şi bolnavi adulţi cu limfom difuz, cu celulă mare de tip B, recidivant sau refractar (DLBCL), după două sau mai multe linii de terapie sistemică.
2. Criterii de excludere din subprogram:
a) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste), în spital şi în ambulatoriu, bolnavilor cu afecţiuni oncologice: după epuizarea dozelor de citostatice recomandate sau a timpului de acordare a tratamentului sau la solicitarea bolnavului, după caz.
3. Criterii de reincludere în subprogram:
a) pentru activitatea de asigurare a tratamentului specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste), în spital şi în ambulatoriu, bolnavilor cu afecţiuni oncologice: la constatarea recidivei sau a progresiei bolii stabilizate, când bolnavul necesită reinstituirea tratamentului antineoplazic. Terapia cu CAR-T reprezintă o singură administrare.
Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
a) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice pentru care se asigură tratamentul specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste), în spital şi în ambulatoriu/an: 153.998;
b) număr de bolnavi cu terapie avansată CAR-T trataţi/an: 9.
2) indicatori de eficienţă:
a) cost mediu/bolnav cu afecţiuni oncologice pentru care se asigură tratamentul specific (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste), în spital şi în ambulatoriu/an: 22.484 lei;
b) cost mediu/bolnav cu terapie avansată CAR-T tratat/an: 1.488.857,40 lei.
Natura cheltuielilor subprogramului:
- cheltuieli pentru medicamente specifice (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere, inhibitori de osteoclaste), precum şi pentru terapia avansată CAR-T.
Unităţi care derulează subprogramul:
1. tratamente specifice bolnavilor cu afecţiuni oncologice şi onco-hematologice
a) unităţi sanitare care au în structură secţii, compartimente, ambulatorii de specialitate sau cabinete medicale,
b) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie;
c) farmacii cu circuit deschis;
2. terapie avansată CAR-T:
a) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
b) Institutul Regional de Oncologie Iaşi.

Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare
Activităţi;
- asigurarea endoprotezelor mamare pentru reconstrucţia mamară după afecţiuni oncologice.
Criterii de eligibilitate:
Criterii de includere:
- evaluare oncologică de etapă, care să avizeze explicit indicaţia de reconstrucţie mamară, imediată sau secundară

Criterii de excludere:
- protocol terapeutic oncologic ce nu permite efectuarea tratamentului reconstructiv;
- afecţiuni sistemice severe, care în urma evaluărilor interdisciplinare contraindică intervenţia sau anestezia generală.

Indicatori de evaluare:
1) **indicatori fizici:**
- număr de bolnavi trataţi/an: 240;
2) **indicatori de eficienţă:**
- cost mediu/bolnav tratat/an: 2.741 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului: endoproteze mamare pentru reconstrucţia mamară

Unităţi care derulează subprogramul:
a) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;
c) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
d) Spitalul Clinic de Chirurgie Plastică, Reconstructivă şi Arsuri "Steaua" Bucureşti;
e) Spitalul Militar de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" Bucureşti;
f) Spitalul Clinic de Urgenţă Sf. Ioan Bucureşti;
g) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias Bucureşti;
h) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucureşti;
i) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
j) Spitalul Judeţean de Urgenţă Constanţa;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sfântul Spiridon" Iaşi;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
p) *** Abrogată prin O. nr. 104/2023 de la data de 23 februarie 2023.
q) Institutul Regional de Oncologie Iaşi;
r) Spital Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila";
s) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca.

Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară

Activităţi:
- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul hemopatiilor maligne, progresia sau recăderea acestora, pierderea răspunsului şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu hemopatii maligne: leucemia acută, neoplasme mielodisplazice, sindroame mieloproliferative cronice (leucemie mieloidă cronică, sindroame mieloproliferative cronice Ph1 negativ, inclusiv mielofibroza, mastocitoza sistemică şi sindromul hipereozinofilic) şi sindroame limfoproliferative cronice (mielom multiplu şi alte sindroame limfoproliferative cronice).

Criterii de includere:
- bolnavi cu diagnostic de hemopatii maligne;
- bolnavi cu diagnostic de hemopatii maligne cu progresia bolii sau cu recădere;
- bolnavi cu diagnostic de hemopatii maligne pentru monitorizarea bolii minime reziduale.

Servicii de testare

I. LEUCEMII ACUTE

Tabelul nr. 1

Tip testare	Tip probă	Precizări
Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine LA (40 markeri*)	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic sau recădere şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale.
Citogenetic şi FISH	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale.
Biologie moleculară PCR calitativ/RT-qPCR (în funcţie de indicaţie)	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic, la recădere şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale.
Biologie moleculară secvenţiere convenţională/NGS (în funcţie de indicaţie)	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic, la recădere şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale.

*) Panelul de diagnostic se adaptează raportat la echipamentele utilizate în laboratoare, numărul de markeri testaţi pentru leucemiile acute fiind de 40.

NOTĂ:
Este obligatoriu ca acelaşi furnizor să efectueze şi să contracteze minimum panelul de teste prin imunofenotipare.

II. NEOPLASME MIELODISPLAZICE

Tabelul nr. 2

Tip testare	Tip probă	Precizări
Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine neoplasme mielodisplazice (40 markeri*)	aspirat medular	Se efectuează la diagnostic, la procent peste 10% blaşti.
Citogenetic şi FISH	aspirat medular/sânge periferic cu separare CD34	Se efectuează la diagnostic.
Biologie moleculară secvenţiere convenţională/NGS Panel diagnostic neoplasme mielodisplazice	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic.

*) Panelul de diagnostic se adaptează raportat la echipamentele utilizate în laboratoare, numărul de markeri testaţi pentru sindroamele mielodisplazice fiind de 40.

NOTĂ:
Este obligatoriu ca acelaşi furnizor să efectueze şi să contracteze minimum panelul de teste prin imunofenotipare.

III. SINDROAME MIELOPROLIFERATIVE CRONICE

Tabelul nr. 3

	Tip testare	Tip probă	Precizări
1. Leucemie mieloidă cronică	Citogenetic şi FISH BCR ABL	aspirat medular	Se efectuează la diagnostic.
	Biologie moleculară: PCR calitativ - BCR ABL	sânge periferic	Se efectuează la diagnostic, dacă se confirmă, se trece la testarea cantitativă RT-qPCR.
	Citogenetic şi FISH BCR ABL	aspirat medular	Se efectuează la pierderea răspunsului.
	Biologie moleculară secvenţiere (Sanger sau NGS) BCR ABL mutaţii	sânge periferic	Se efectuează la pierderea răspunsului.
	Biologie moleculară: RT- qPCR BCR ABL	sânge periferic	Se efectuează în primul an la diagnostic, la 3, 6, 12 luni, la 18 luni şi apoi anual. În caz de întrerupere a tratamentului (treatment-free) se face lunar primele 6 luni, la 2 luni în lunile 6 - 12, apoi la 3 luni.
2. Sindroame mieloproliferative cronice Ph 1 - (SMPC)	Citogenetic şi FISH	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic/progresie.
	Biologie moleculară: PCR calitativ - Panel diagnostic SMC Ph negativ mutaţii: JAK2, CALR, MPL	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic/progresie.
	Biologie moleculară secvenţiere (Sanger sau NGS)	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la pacienţii cu indicaţie de transplant.
3. Mastocitoza sistemică Biologie moleculară: PCR calitativ/MLPA - Panel diagnostic mastocitoză (c-kit D 816V, D816Y, D816F)	sânge/aspirat medular	Se efectuează la diagnostic.	
4. Sindromul hipereozinofilic	FISH - Panel detecţie rearanjament FIP1L1/CHIC2/PDGFRA şi PDGFRBbp	sânge periferic/aspirat medular	Se efectuează la diagnostic.
	Biologie moleculară - PCR calitativ	sânge periferic/aspirat medular	Se efectuează la diagnostic.

NOTĂ:
Acelaşi furnizor poate să efectueze şi să contracteze unul sau mai multe paneluri de testare.

IV. SINDROAME LIMFOPROLIFERATIVE CRONICE

Tabelul nr. 4

	Tip testare	Tip probă	Precizări
Mielom multiplu	Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine Mielom multiplu (16 markeri*)	aspirat medular	Se efectuează la diagnostic şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale.
	FISH selecţie CD138 Panel mutaţii genetice	aspirat medular	Se efectuează la diagnostic/la

	mielom multiplu: TP53, CKS1B/CDKN2C (P18), IGHbp, urmată de utilizarea a încă 3 sonde în a doua etapă: CCND1::IGH t(11;14); IGH::MAF v2t(14;16); IGH::FGFR3t(4;14) 4 - 6 sonde		recădere.
Alte sindroame limfoproliferative cronice	Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine LLC/limfoproliferare B/T (16 markeri*)	aspirat medular/ sânge periferic	Se efectuează la diagnostic.
	FISH – Panel prognostic LLC/limfoproliferare B/T (pentru LLC del 17p şi 11q)	sânge periferic/ aspirat medular	Se efectuează după confirmarea diagnosticului şi la recădere.
	Biologie moleculară secvenţiere (convenţională/NGS) Panel prognostic LLC/limfoproliferare B/T (pentru LLC mutaţie TP 53) pentru LLC Status mutaţional al genelor ce codează regiunea variabilă a lanţurilor grele de imunoglobuline (IGHV)	sânge periferic/ aspirat medular	Se efectuează după confirmarea diagnosticului de limfoproliferare cronică.

*) Panelul de diagnostic se adaptează raportat la echipamentele utilizate în laboratoare, numărul de markeri testaţi pentru Mielomul multiplu şi alte sindroame limfoproliferative cronice fiind de 16.

NOTĂ:
Acelaşi furnizor poate să efectueze şi să contracteze unul sau mai multe paneluri de testare.

Indicatori de evaluare:
1. **indicatori fizici:**
a) număr de bolnavi cu leucemie acută şi neoplasme mielodisplazice beneficiari de servicii prin imunofenotipare/an: 1.220;
b) număr de bolnavi cu sindroame limfoproliferative cronice beneficiari de servicii prin imunofenotipare/an: 2.800;
c) număr de bolnavi cu leucemie acută, neoplasme mielodisplazice, leucemie mieloidă cronică, sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ beneficiari de servicii prin examen citogenetic şi FISH/an: 4.480;
d) număr de bolnavi cu mielom multiplu beneficiari de servicii prin examen FISH/an: 800;
e) număr de bolnavi cu leucemie acută, sindrom limfoproliferativ cronic, sindrom hipereozinofilic beneficiari de servicii prin examen FISH/an: 2.132;
f1) număr de bolnavi cu leucemie mieloidă cronică beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară BCRABL calitativ/an: 2.000;
f2) număr de bolnavi cu leucemie mieloidă cronică beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară BCR-ABL cantitativ/an: 2.000;
g) număr de bolnavi cu leucemie mieloidă cronică beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară pentru detecţia mutaţiilor în gena BCR-ABL/an: 300;
h) număr de bolnavi cu leucemie acută, neoplasme mielodisplazice, sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ, mastocitoză sistemică, sindrom hipereozinofilic, sindrom limfoproliferativ cronic beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară RT-qPCR/an: 6.070;
i) număr de bolnavi cu leucemie acută, neoplasme mielodisplazice, sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ, sindrom limfoproliferativ cronic beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară NGS/an: 2.920;
2. **indicatori de eficienţă:**
a) tarif/serviciu prin imunofenotipare/bolnav cu leucemie acută/neoplasm mielodisplazic: 2.000 de lei;
b) tarif/serviciu prin imunofenotipare/bolnav cu sindroame limfoproliferative cronice: 800 de lei;
c) tarif/serviciu prin examen citogenetic şi FISH/bolnav cu leucemie acută/neoplasme mielodisplazice/leucemie mieloidă cronică/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ: 1.200 de lei;
d) tarif/serviciu prin examen FISH/bolnav cu mielom multiplu: 2.000 de lei;
e) tarif/serviciu prin examen FISH/bolnav cu leucemie acută/sindrom limfoproliferativ cronic/sindrom hipereozinofilic: 1.000 de lei;
f1) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCRABL calitativ/bolnav cu leucemie mieloidă cronică: 200 de lei;
f2) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCRABL cantitativ/bolnav cu leucemie mieloidă cronică: 1.000 de lei;
g) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară calitativ/RT-qPCR/bolnav cu leucemie acută/neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/ mastocitoză sistemică, sindrom hipereozinofilic/sindrom limfoproliferativ cronic: 1.000 de lei;
h) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvenţiere convenţională sau NGS/bolnav cu leucemie mieloidă cronică pentru detecţia mutaţiilor BCR-ABL în caz de pierdere a răspunsului: 1.500 de lei;
i) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvenţiere convenţională sau NGS/bolnav

cu leucemie acută/neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/sindrom limfoproliferativ cronic: 4.000 de lei.

NOTĂ:

Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

Metodologia de transmitere a probei şi a rezultatului la testare pentru serviciile de testare prevăzute în tabelele nr. 1 - 4

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea serviciilor de testare prevăzute în tabelele nr. 1 - 4, medicul în specialităţile hematologie, oncologie-hematologie pediatrică sau medicii din specialitatea pediatrie cu atestat/competenţă în oncologie-hematologie pediatrică, denumit în continuare **medic curant**, va întocmi un referat de solicitare a stabilirii profilului molecular hemopatii maligne, denumit în continuare **referat de testare**. Modelul de referat de testare este prevăzut în anexa nr. 9.

2. Medicul curant poate să întocmească referatul de testare numai dacă se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

3. Medicul curant, cu acordul bolnavului/aparţinătorului acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea, dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară.

4. În situaţia în care furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se transmite proba este diferit de unitatea sanitară care a diagnosticat iniţial bolnavul cu afecţiune hematologică malignă care face obiectul testărilor, acesta solicită unităţii sanitare transmiterea probei/probelor biologice de testat, conform specificaţiilor preanalitice puse la dispoziţie de către furnizorul ales de către medicul curant, cu acordul bolnavului/aparţinătorului acestuia.

5. Rezultatul testării se transmite, de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea, medicului curant:

5.1. în maximum 5 zile lucrătoare, pentru testările de imunofenotipare din tabelele 1 şi 2 şi maximum 15 zile lucrătoare pentru testările de imunofenotipare din tabelul 4:

5.1.1. de la primirea probei pentru situaţia prevăzută la pct. 3;

5.1.2. de la primirea referatului de testare, în situaţia în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este acelaşi cu cel care a transmis proba/probele biologice de testat;

5.2. în maximum 10 zile lucrătoare pentru testările citogenetice şi FISH, excepţie făcând analiza FISH PML-RARA (leucemii acute) la care trebuie furnizat rezultatul în maximum 3 zile:

5.2.1. de la primirea probei pentru situaţia prevăzută la pct. 3;

5.2.2. de la primirea referatului de testare, în situaţia în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este acelaşi cu cel care a transmis proba/probele biologice de testat;

5.3. în maximum 5 zile lucrătoare pentru testările de biologie moleculară FLT3 (leucemii acute) şi în maximum 15 zile lucrătoare pentru testările de biologie moleculară în celelalte situaţii:

5.3.1. de la primirea probei pentru situaţia prevăzută la pct. 3;

5.3.2. de la primirea referatului de testare, în situaţia în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este acelaşi cu cel care a transmis proba/probele biologice de testat.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru diagnosticul hemopatiilor maligne, progresia sau recăderea acestora, pierderea răspunsului la terapie şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu hemopatii maligne; cuprinde toate cheltuielile necesare realizării serviciilor de testare, inclusiv serviciile efectuate sau documentele eliberate în strânsă legătură şi în vederea efectuării serviciului medical respectiv.

Unităţi care derulează subprogramul:

Unităţi de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate care au îndeplinit criteriile din chestionarul de evaluare din anexa 16 B. 4.1 şi anexa 16 B. 4.2.

Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice

Activităţi

- asigurarea serviciilor de radioterapie [radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie cu modularea intensităţii (IMRT), brahiterapie, radioterapie stereotactică (SBRT), iradierea corporală totală sau derivate] a bolnavilor cu afecţiuni oncologice.

Criterii de eligibilitate a bolnavilor oncologici

a) Criterii de includere pentru: bolnavi cu afecţiuni oncologice, la recomandarea comisiei oncologice multidisciplinare instituţionale/regionale, conform ghidurilor naţionale/instituţionale de tratament în vigoare. Comisia oncologică multidisciplinară este formată dintr-un medic în specialitatea oncologie medicală, cel puţin un medic în specialitatea radioterapie, medicul curant al bolnavului şi medici din alte specialităţi medicale, chirurgicale, specialităţi paraclinice, medici specialişti cu competenţă/atestat în îngrijiri paliative, după caz.

b) Criterii de întrerupere: întreruperea tratamentului prin radioterapie poate fi propusă de către medicul radioterapeut curant în următoarele situaţii: decizia bolnavului, evoluţia bolii sub tratament, apariţia de efecte

secundare sau complicaţii acute ale tratamentului care pun în pericol viaţa bolnavului. În caz de întrerupere a radioterapiei din cauza unor defecţiuni ale sistemelor de administrare sau monitorizare a radioterapiei, unitatea sanitară în care s-a început radioterapia va identifica şi propune pacientului soluţii adecvate pentru compensarea prelungirii radioterapiei, continuarea radioterapiei în timp util, la nevoie, cu adaptarea fracţionării şi dozei totale în aceeaşi unitate sanitară sau la altă unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate pentru derularea acestui subprogram.

c) Protocol de compensare a pauzelor neprevăzute ale radioterapiei

Radioterapia se derulează în mod clasic cu 1,8 - 2 Gy/fracţie, 5 zile/săptămână, pentru câteva săptămâni consecutive, în funcţie de localizarea şi stadiul cancerului. În cazul apariţiei unor pauze neprevăzute în acordarea radioterapiei din motive ce ţin de:

A. infrastructura unităţii sanitare obiectivată prin pauză prelungită de curent, defecţiunea aparatului de iradiere sau a sistemelor de planning sau monitorizare a derulării radioterapiei;

sau

B. pacient (afecţiune acută intercurentă, probleme personale/deces în familie) - unitatea sanitară în care pacientul este tratat prin radioterapie are obligaţia de a propune, cu consimţământul informat al acestuia, alternative de recuperare/compensare a pauzei, prin una sau mai multe modalităţi după cum urmează:

1. în cazul unei pauze în acordarea tratamentului cu o durată estimată de peste o săptămână, legată de o funcţionare suboptimală a sistemului/sistemelor de administrare a radioterapiei, unitatea sanitară care are pacientul în tratament se va adresa către o altă unitate sanitară, aflată în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate pentru derularea acestui subprogram, aleasă în mod liber de pacient, care să administreze radioterapia corespunzătoare în conformitate cu ghidurile de tratament;

2. în cazul unei pauze în acordarea tratamentului, cu o durată estimată sub o săptămână şi determinată de funcţionarea suboptimală a sistemului/sistemelor de administrare a radioterapiei:

a) hipofracţionare, în zile lucrătoare;

b) fracţionare accelerată, în zile lucrătoare;

c) normofracţionare, în zile nelucrătoare (sâmbăta/duminica/ sărbători legale);

d) suplimentarea cu o doză de iradiere cu aceeaşi fracţionare, echivalentă pauzei, cu prelungirea etalării, în zile lucrătoare;

e) combinaţii între precedentele;

3. în situaţia în care pauza intervenită în acordarea tratamentului este motivată de una dintre cauzele prevăzute la pct. 1 şi 2, iar pacientul îşi exprimă acordul pentru continuarea/reluarea radioterapiei se pot utiliza în mod singular sau combinat oricare dintre opţiunile de la pct. 1 şi 2, care permit finalizarea radioterapiei în cel mai scurt timp. Dacă pauza intervenită în acordarea tratamentului are o durată mai mare de trei săptămâni, compensarea eficientă a radioterapiei este extrem de puţin probabilă şi cazul este necesar să fie rediscutat în Comisia oncologică multidisciplinară, în vederea redefinirii strategiei terapeutice, considerând alternative chirurgicale, terapie sistemică sau tratament paliativ, în funcţie de starea generală a pacientului, tipul şi stadiul de cancer.

Indicaţii de tratament prin radioterapie:

a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj:

1. tumori cutanate primare (carcinom bazocelular/ spinocelular) sau secundare (noduli de permeaţie, metastaze cutanate/subcutanate în tranzit);

2. stadii incipiente de carcinoame scuamoase vulvare, peniene sau de margine anală;

3. ganglioni maligni superficiali (cervicali, supraclaviculari, axilari, inghinali, popliteali) de dimensiuni < 3 cm;

4. metastaze subcutanate sau osoase superficiale (costale, claviculare, sternale, calotă, sacrate inferioare sau coccigiene).

b) Radioterapie cu accelerator liniar 2D:

b.1) tratamente paliative sau simptomatice;

b.2) tratamente cu intenţie curativă - strict la bolnavi selecţionaţi la care riscul de toxicitate radioindusă este mic şi nu ar fi semnificativ scăzut suplimentar printr-o tehnică 3D [vezi mai jos pct. c)].

c) Radioterapie cu accelerator liniar 3D:

c.1) tratamente cu intenţie curativă (toate localizările);

c.2) paliaţie/tratamente simptomatice, toate localizările, exceptând situaţiile de la pct. b.2).

d) Radioterapie cu modularea intensităţii (IMRT):

d.1) cancerele pediatrice;

d.2) în toate situaţiile în care se poate documenta o distribuţie mai favorabilă a dozei faţă de radioterapia 3D conformaţională, privind volumele-ţintă şi/sau organele de risc pentru o toxicitate radioindusă severă: cancerele sferei ORL, cancerul de prostată, tumori ale sistemului nervos central, cancer mamar, cancere digestive (esofag, stomac, pancreas, rect, canal anal), cancer traheo-bronho-pulmonar cu intenţie curativă, sarcoame osoase sau de părţi moi, limfoame, cancere rare cu indicaţie de radioterapie;

d.3) iradierea recidivelor în teritoriul anterior iradiat.

e) Brahiterapie:

e.1) brahiterapie intracavitară - iradiere exclusivă sau suplimentarea dozei în cancere de col/corp uterin, vagin, anorectale, iradiere paliativă endobronşică, esofagiană, căi biliare, suplimentarea dozei sau iradierea paliativă a recidivelor cancerelor rinofaringelui foselor nazale, conductului auditiv extern;

e.2) brahiterapie interstiţială - cancere avansate local de col uterin, corp uterin, vagin sau vulvă, cancerul canalului anal, cancerul sânului, cancerul prostatei, epitelioame maligne cutanate ale feţei (inclusiv buze) în regiuni anatomice cu relief anfractuos sau în proximitatea unor structuri critice care fac inoportună radioterapie externă, sarcoame, cancere ale cavităţii bucale, orofaringelui (ca reiradiere sau complement al unei radioterapii externe), alte cancere în care iradierea de primă intenţie sau iradierea este considerată superioară faţă de radioterapia externă;

e.3) Brahiterapie de contact - epitelioame cutanate sau alte cancere cutanate/subcutanate (inclusiv metastaze) cu histologii radiosensibile.

f) Radioterapie stereotactică (SBRT):

1.1. indicaţii de cancer nonmetastatic cu intenţie curativă, ca alternativă faţă de chirurgia radicală la cazurile care refuză chirurgia radicală sau sunt inoperabile prin contraindicaţii medicale (risc anestezic major) sau prin extensia bolii:

1.1.1. cancerul pulmonar microcelular sau nonmicrocelular stadializat PET-CT şi EBUS T1-2NoMo;

1.1.2. adenocarcinom de prostată - grupa de risc scăzut sau intermediar favorabil;

1.1.3. hepatocarcinom ca punte spre transplant hepatic, asociat TACE sau altui tratament ablativ nonchirurgical sau ca alternativă la acestea, în caz de inoperabilitate, contraindicaţii, refuz sau indisponibilitate într-un interval de timp rezonabil (< 30 de zile);

1.1.4. cancer renal nonmetastatic, cu precădere pe rinichi unic congenital sau chirurgical;

1.1.5. cancer de pancreas nonmetastatic;

1.1.6. meningioame operate subtotal sau inoperabile prin extindere, topografie sau contraindicaţii anestezice;

1.2. boala oligometastatică, inclusiv oligorecurentă (cu maximum 5 metastaze în maximum 3 organe), indiferent de sediul metastazelor (ganglionare extraregionale, cerebrale, hepatice, osoase, pulmonare, suprarenale), în măsura în care toxicitatea severă estimată este < 5% şi în măsura în care nu există o alternativă disponibilă cu un index terapeutic superior (de exemplu, ablaţia cu microunde sau radiofrecvenţă pentru metastazele hepatice din cancerul colorectal).

NOTĂ:

Numărul mediu de şedinţe de radioterapie stereotactică/ cură/bolnav este de 3,5.

g) Iradierea corporală totală sau derivate:

1. iradiere corporală/medulară totală în vederea realizării transplantului medular;
2. iradiere cutanată totală a pacientului cu limfom cutanat extensiv.

NOTĂ:

Numărul mediu de şedinţe de radioterapie corporală/cură/bolnav este de 6.

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu ortovoltaj/an: 189;
b) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an: 185;
c) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an: 3.723;
d) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie IMRT/an: 22.791;
e) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin brahiterapie/an: 1.834;
f) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie stereotactică/an: 1.500;
g) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin iradiere corporală totală sau cranio-spinală/an: 40;

2. indicatori de eficienţă:

a) tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj: 29 de lei;
b) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 de lei;
c) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 de lei;
d) tarif/serviciu de radioterapie IMRT adulţi: 640 de lei;
e) tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii fără anestezie: 759 de lei;
f) tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii cu anestezie: 1.842 de lei;
g) tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei;
h) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi adulţi: 3.212 lei;
i) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie: 3.270 de lei;
j) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie: 4.352 de lei;
k) tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau craniospinală adulţi fără anestezie: 2.560 de lei;
l) tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio-spinală copii fără anestezie: 2.560 de lei;
m) tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio-spinală copii cu anestezie: 3.642 de lei.

Natura cheltuielilor subprogramului

- cuprinde toate cheltuielile necesare realizării serviciilor de radioterapie, inclusiv serviciile efectuate sau documentele eliberate în strânsă legătură şi în vederea efectuării serviciului medical respectiv.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) unităţile sanitare publice cu structuri de profil;
b) unităţi sanitare private autorizate/avizate şi evaluate în condiţiile legii;
c) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie care au structuri de profil.

Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne

Activităţi:
- Testarea profilului molecular şi/sau citogenetic al bolnavilor copii şi adulţi diagnosticaţi cu neuroblastom, sarcom Ewing, rabdomiosarcom, retinoblastom şi tumori primare ale sistemului nervos central, în vederea stabilirii deciziei terapeutice adaptate la forma histologică, precum şi la comportamentul biologic tumoral în funcţie de prezenţa/absenţa unor anomalii genetice.

Criterii de includere:
- bolnavi copii şi adulţi cu diagnostic de tumori solide:
neuroblastom, sarcom Ewing, rabdomiosarcom, retinoblastom, tumori primare ale sistemului nervos central.

I. NEUROBLASTOM
a) Servicii de testare

Tabelul nr. 1

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	1. Amplificare N-MYC 2. Citogenetica: a) anomalii numerice b) anomalii segmentare: deleţii la nivelul cromozomilor 1p, 3p, 4p, 11q; duplicaţie 1q, 2p sau 17q cu sau fără anomalii numerice; c) amplificare ALK	FISH	Bloc parafină	Se testează toţi bolnavii nou-diagnosticaţi cu neuroblastom.

b) Indicatori de evaluare:
1. indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru neuroblastom/an: 30;
2. indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru neuroblastom (3 testări): 2.103 lei.
NOTĂ:
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

II. SARCOM EWING
a) Servicii de testare

Tabelul nr. 2

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	EWS1	FISH	Bloc parafină	Se testează toţi pacienţii nou-diagnosticaţi cu sarcom Ewing.

b) Indicatori de evaluare:
1. indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru sarcom Ewing/an: 40;
2. indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru sarcom Ewing: 701 lei.
NOTĂ:
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

III. RABDOMIOSARCOM
a) Servicii de testare

Tabelul nr. 3

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	MYOD1 sau MYF4	IHC*)	Bloc parafină	Se testează toţi bolnavii cu diagnostic prezumtiv de rabdomiosarcom.
Panelul de teste nr. 2	PAX3: FOXO1 sau PAX7: FOXO1	FISH**)	Bloc parafină	Se testează doar bolnavii cu diagnostic de rabdomiosarcom confirmat prin IHC.

*) Se poate efectua şi deconta maximum un set IHC/bolnav cu diagnostic prezumtiv

de rabdomiosarcom într-un interval de 12 luni.
**) Se poate efectua şi deconta o singură testare FISH/bolnav doar în situaţia în care pe panelul de teste nr. 1 se confirmă diagnosticul de rabdomiosarcom.

NOTĂ:
Sunt obligatorii contractarea şi efectuarea panelurilor de teste nr. 1 şi 2 de către acelaşi furnizor de servicii medicale care efectuează testarea.

b) Indicatori de evaluare:
1. indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru rabdomiosarcom/an: 20;
2. indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom - IHC: 240 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom - FISH: 701 lei.
NOTĂ:
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

IV. RETINOBLASTOM
a) Servicii de testare

Tabelul nr. 4

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	Rb1	IHC*)	Bloc parafină	Se testează toţi bolnavii nou-diagnosticaţi cu retinoblastom.

*) Se poate efectua şi deconta maximum un set IHC/bolnav într-un interval de 12 luni.

b) Indicatori de evaluare:
1. indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru retinoblastom/an: 10;
2. indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică prin IHC pentru retinoblastom: 240 de lei.
NOTĂ:
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

V. TUMORI PRIMARE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL
a) Servicii de testare

Tabelul nr. 5

	Teste*)	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	1. OLI2 2. S100 3. GFAP 4. KI67 5. CD34 6. ATRX 7. MGMT 8. IDH1 9. p53 10. BRAF p.V600e 11. EMA 12. H3 p.K28M (K27M) 13. H3 p.K28me3 (K27me3) 14. EZHIP 15. MAP2 16. SOX10 17. p16 18. CHROMOGRANINA A 19. SINAPTOFIZINA 20. NSE 21. L1CAM 22. SMARCB1 (INI1) 23. SMARCA4 (BRG1) 24. MYC 25. TERT 26. NeuN	IHC**)	Bloc parafină	Se testează toţi bolnavii diagnosticaţi cu tumori primare ale sistemului nervos central.

	27. NEUROFILAMENT 28. YAP1 29. GAB1 30. ALK 31. TTF1 32. BETA-CATENIN 33. LIN28A 34. NTRK1,2,3 35. BCOR			
Panelul de teste nr. 2	1.MYB sau MYBL1 2.1p/19q codeletion 3. CDKN2A/B deletion 4. ZFTA 5. H3G34 6. MYCN 7. MYC 8. MAPK 9. FGFR1,2,3 10. NTRK1,2,3 11. PDGFRA 12. EGFR 13. TERT 14. IDH1/2 15. C19MC 16. DICER1 17. FOXR2 18. NF1	FISH	Bloc parafină	Se testează bolnavii diagnosticaţi cu tumori primare ale sistemului nervos central după testarea IHC şi doar dacă profilul histologic al tumorii impune identificarea anomaliilor genetice prin FISH***).

*) Tipurile de teste vor fi identificate de către medicul anatomopatolog în funcţie de profilul histologic al tumorii.
**) Se pot efectua şi deconta maximum 2 testări IHC/bolnav într-un interval de 12 luni.
***) Se poate efectua şi deconta o singură testare FISH/bolnav pe răspunderea medicului anatomopatolog.

NOTĂ:
Sunt obligatorii contractarea şi efectuarea panelurilor de teste nr. 1 şi 2 de către acelaşi furnizor de servicii medicale care efectuează testarea.

b) Indicatori de evaluare:
1. indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central/an: 65;
2. indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central - panel de teste nr. 1: 240 de lei/set, maximum 2 seturi/pacient, 1 set conţine 1 - 4 teste;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central - panel de teste nr. 2: 701 lei.
NOTĂ:
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

Metodologia de transmitere a probei şi a rezultatului la testare pentru serviciile de testare prevăzute în tabelele nr. 1 - 5
1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea serviciilor de testare prevăzute în tabelele nr. 1 - 5, medicul în specialităţile oncologie medicală, oncologie-hematologie pediatrică sau medicii din specialitatea pediatrie cu atestat/competenţă în oncologie pediatrică/hematologie şi oncologie pediatrică, denumit în continuare **medic curant**, va întocmi un referat de solicitare a stabilirii profilului molecular, denumit în continuare **referat de testare**. Modelul de referat de testare este prevăzut în anexa nr. 10.
2. Medicul curant poate să întocmească referatul de testare numai dacă se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.
3. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea, dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează subprogramul de diagnostic în tumori solide.
4. În situaţia în care furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se adresează bolnavul este diferit de unitatea sanitară care a diagnosticat iniţial bolnavul cu tumorile solide ce fac obiectul testărilor în baza unei examinări anatomopatologice şi a emis buletinul de examinare histopatologică aferent, acesta solicită unităţii sanitare transmiterea probei (bloc de parafină), însoţită de buletinul de examinare histopatologică.

5. Rezultatul testării se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea, atât bolnavului/ aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului curant:
5.1. în maximum 5 zile lucrătoare, pentru testările IHC:
5.1.1. de la primirea probei pentru situaţia prevăzută la pct. 3.
5.1.2. de la primirea referatului de testare, în situaţia în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este acelaşi cu cel care emis buletinul de examinare histopatologică;
5.2. în maximum 10 zile lucrătoare pentru testările FISH:
5.2.1. de la primirea probei pentru situaţia prevăzută la pct. 3;
5.2.2. de la primirea referatului de testare, în situaţia în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este acelaşi cu cel care emis buletinul de examinare histopatologică;
5.2.3. de la transmiterea rezultatului pentru testarea IHC, pentru serviciile de testare prevăzute în tabelele nr. 3 şi 5.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru testarea profilului molecular aferent neuroblastomului, sarcomului Ewing, rabdomiosarcomului, retinoblastomului şi tumorilor primare ale sistemului nervos central, în scopul evaluării preterapeutice, stabilirea protocolului de tratament adecvat agresivităţii tumorii şi al tratamentului ţintit, după caz.

Unităţi care derulează subprogramul:

Unităţi de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate care au îndeplinit criteriile din chestionarul de evaluare din anexa 16 B. 6.

Subprogramul naţional de testare genetică*)

*) Subprogramul naţional de testare genetică a fost introdus prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

Activităţi:

- Testarea profilului molecular al bolnavilor diagnosticaţi cu anumite tumori solide maligne, în vederea asigurării tratamentului personalizat aferent medicamentelor incluse în Lista de medicamente aprobată prin hotărâre a Guvernului sau pentru care au fost emise decizii de includere condiţionată în Listă şi DAPP şi-au exprimat disponibilitatea pentru negocierea şi încheierea unor contracte cost-volum/cost-volum-rezultat.

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic de tumori solide maligne: cancer colorectal local avansat sau metastazat, cancer ovarian local avansat şi metastazat, cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC), cancer de sân.

I. CANCER COLORECTAL LOCAL AVANSAT SAU METASTAZAT
a) Servicii de testare

Tabelul nr. 1

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1*)	Instabilitatea microsatelitară sau deficienţa de reparare a nepotrivirii ADN-ului (MSI/dMMR)	Imunohistochimie (IHC) - MLH1, MSH2, MSH6, PMS2	Bloc parafină	Se testează pacienţii nou-diagnosticaţi cu cancer colorectal, local avansat sau metastazat.
	Mutaţii RAS (exon 2, 3, 4 în KRAS şi NRAS)	PCR/NGS	Bloc parafină	
	NTRK 1, NTRK 2, NTRK 3	IHC**)	Bloc parafină	

*) Furnizorii de servicii medicale care efectuează testarea contractează pentru cancerul colorectal local avansat sau metastazat obligatoriu toate testările cuprinse în panelul de teste prevăzut în tabelul nr. 1.
**) Pentru situaţiile în care NTRK este pozitiv prin IHC, confirmarea fuziunilor NTRK se face prin PCR sau FISH sau NGS, pe cheltuiala furnizorului, fiind o obligaţie a acestuia.

Indicatori de evaluare:
1. indicatori fizici:

- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru cancer colorectal local avansat sau metastazat/an: 5.175;

2. indicatori de eficienţă:

- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru cancer colorectal local avansat sau metastazat: 2.200 de lei.

NOTA Nr. 1
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

NOTA Nr. 2
Actualizarea panelului de teste se va realiza în funcţie de actualizarea Listei de medicamente aprobate prin hotărâre a Guvernului, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

b) Metodologia de transmitere a probei şi a rezultatului la testare

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea serviciului de testare prevăzut în tabelul nr. 1 medicul în specialitatea oncologie medicală va întocmi un referat de solicitare a stabilirii profilului molecular, denumit în continuare **referat de testare**. Modelul de referat de testare este prevăzut în anexa nr. 10[1].

2. Medicul în specialitatea oncologie medicală poate să întocmească referatul de testare numai dacă se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

3. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează Subprogramul naţional de testare genetică.

4. În situaţia în care furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se adresează bolnavul este diferit de unitatea sanitară care a diagnosticat iniţial bolnavul cu cancer colorectal în baza unei examinări anatomopatologice şi a emis buletinul de examinare histopatologică aferent, acesta solicită, în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea referatului de testare, unităţii sanitare transmiterea probei (bloc de parafină) însoţită de buletinul de examinare histopatologică.

5. Rezultatul testării se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea atât bolnavului/aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului în specialitatea oncologie medicală, în maximum 10 zile lucrătoare:

5.1. de la primirea probei pentru situaţia prevăzută la pct. 3;

5.2. de la primirea referatului de testare, în situaţia în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este acelaşi cu cel care a emis buletinul de examinare histopatologică.

II. CANCER OVARIAN LOCAL AVANSAT ŞI METASTAZAT

a) Servicii de testare

Tabelul nr. 2

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1*)	BRCA 1 şi 2 - mutaţii somatice	NGS cu panel mic de gene	Ţesut (bloc parafină)	Se testează pacientele nou-diagnosticate cu cancer ovarian epitelial cu grad înalt, stadiile III - IV.
	NTRK 1, NTRK 2, NTRK 3	IHC**)	Bloc parafină	Se testează pacientele nou - diagnosticate cu cancer ovarian epitelial cu grad înalt, stadiile III - IV.
Panelul de teste nr. 2*)	BRCA 1 şi 2 - germline şi MLPA	NGS	Sânge sau salivă	Se testează pacientele diagnosticate cu cancer ovarian epitelial cu grad înalt, stadiile III - IV, pentru care rezultatul BRCA 1 şi 2 la panelul de teste nr. 1 este neconcludent.
Panelul de teste nr. 3	HRD-GIS	NGS	Ţesut (bloc parafină)	Se testează pacientele cu carcinom ovarian epitelial de grad înalt în stadiu avansat (stadiile III şi IV FIGO), fără mutaţii BRCA 1 şi 2, cu răspuns (complet sau parţial) după finalizarea primei linii de tratament cu chimioterapie pe bază de platină în combinaţie cu bevacizumab.

*) Pentru un bolnav se efectuează panelul nr. 1 de testare, la recomandarea medicului în specialitatea oncologie medicală. În situaţia în care testarea BRCA 1 şi 2 pe panelul nr. 1 este neconcludentă (fără mutaţii BRCA somatice), se efectuează panelul de teste nr. 2, pe răspunderea medicului anatomopatolog. Furnizorii de servicii medicale care efectuează testarea contractează pentru cancerul ovarian local avansat şi metastazat, obligatoriu, toate testările cuprinse în panelurile de teste nr. 1 şi nr. 2 prevăzute în tabelul nr. 2.

**) Pentru situaţiile în care NTRK este pozitiv prin IHC, confirmarea fuziunilor NTRK se face prin PCR sau FISH sau NGS, pe cheltuiala furnizorului, fiind o obligaţie a acestuia.

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat/an: 1.241;
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat/an - panel de teste nr. 3: 450;

2. indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat - panelul de testare nr. 1: 2.950 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat - panelul de testare nr. 2: 2.700 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat - panelul de testare nr. 3: 7.500 de lei.

NOTA Nr. 1
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.
NOTA Nr. 2
Actualizarea panelului de teste se va realiza în funcţie de actualizarea listei de medicamente aprobate prin hotărâre a Guvernului, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

b) Metodologia de transmitere a probei şi a rezultatului la testare

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea panelului de testare nr. 1 sau panelului de testare nr. 3 medicul în specialitatea oncologie medicală va întocmi un referat de testare. Modelul de referat de testare este prevăzut în anexa nr. 10[1].
2. Medicul în specialitatea oncologie medicală poate să întocmească referatul de testare numai dacă se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.
3. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează Subprogramul naţional de testare genetică.
4. În situaţia în care furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se adresează bolnavul este diferit de unitatea sanitară care a diagnosticat iniţial bolnavul cu cancer ovarian în baza unei examinări anatomopatologice şi a emis buletinul de examinare histopatologică aferent, acesta solicită, în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea referatului de testare, unităţii sanitare transmiterea probei (bloc de parafină) însoţită de buletinul de examinare histopatologică.
5. Rezultatul testării se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea atât bolnavului/ aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului în specialitatea oncologie medicală, în maximum 10 zile lucrătoare:
5.1. de la primirea probei pentru situaţia prevăzută la pct. 3;
5.2. de la primirea referatului de testare, în situaţia în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este acelaşi cu cel care emis buletinul de examinare histopatologică.
6. În situaţia în care rezultatul la testarea BRCA 1 şi 2 pe panelul de teste nr. 1 este neconcludentă (fără mutaţii BRCA 1 şi 2), serviciul de testare aferent panelului de teste nr. 2 din tabelul nr. 2 se realizează pe răspunderea medicului anatomopatolog, iar rezultatul la testare se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea atât bolnavului/aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului în specialitatea oncologie medicală, în maximum 10 zile lucrătoare de la recoltarea probei biologice. Furnizorul care efectuează testarea aferentă panelului de teste nr. 2 are obligaţia de a solicita pacientului să se prezinte în vederea recoltării probei biologice în maximum 5 zile lucrătoare de la comunicarea rezultatului prevăzut la pct. 5.

III. CANCER BRONHOPULMONAR, ALTUL DECÂT CEL CU CELULE MICI (NSCLC)
a) Servicii de testare

Tabelul nr. 3

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	Diagnostic de certitudine a cancerului bronhopulmonar NSCLC	IHC*)	Bloc parafină	
Panelul de teste nr. 2	EGFR - mutaţii (exonii de la 18 la 21) + ALK+ROS-1 + NTRK fuziuni + RETfuziuni	NGS	Bloc parafină (ţesut)	Se testează pacienţii nou-diagnosticaţi cu NSCLC - nonscuamos şi scuamos nefumători, în stadiul metastatic sau local avansat.
	PD-L1	IHC**)	Bloc parafină	
Panelul de teste nr. 3	PD-L1	IHC**)	Bloc parafină	Se testează pacienţii nou-diagnosticaţi cu NSCLC scuamos fumători, în stadiul metastatic sau local avansat.
Panelul de teste nr. 4	EGFR - mutaţii (exonii de la	PCR	Bloc parafină	Se testează pacienţii nou-diagnosticaţi cu

	18 la 21)			NSCLC, în stadii operabile, după rezecţia completă.
	ALK	IHC		
	PD-L1	IHC**)		
Panelul de teste nr. 5	Mutaţia T790M	PCR/NGS	Plasmă	Se testează pacienţii NSCLC EGFR+, local avansat sau metastazat, după terapia anterioară cu alţi inhibitori EGFR.

*) Examinarea IHC, prin care se confirmă/infirmă diagnosticul de certitudine al cancerului bronhopulmonar NSCLC, este decontată din bugetul Subprogramului naţional de testare genetică, iar examinarea IHC efectuată anterior acesteia în scop diagnostic se supune reglementărilor Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi ale normelor sale metodologice de aplicare.

**) În cazul tumorilor metastatice se va testa clona 22 C3 cu platforma Dako-Agilent cu sistem de scorificare propriu şi clona SP 142 cu platforma Ventana cu sistem de scorificare propriu. În cazul tumorilor local avansate sau în stadii operabile, după rezecţia completă, se va testa clona SP 263 cu platforma Ventana cu sistem de scorificare propriu.

NOTE:

1. Sunt obligatorii contractarea şi efectuarea panelurilor de teste nr. 1, 2 şi 3 de către acelaşi furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. În situaţia în care prin panelul de teste nr. 1 nu se confirmă diagnosticul de cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, care să necesite testarea ulterioară prin panelurile de teste nr. 2 sau 3, acestea nu se vor efectua de către furnizorul de servicii de medicale care efectuează testarea;

2. Sunt obligatorii contractarea şi efectuarea panelurilor de teste nr. 1 şi 4 de către acelaşi furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. În situaţia în care prin panelul de teste nr. 1 nu se confirmă diagnosticul de cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, care să necesite testarea ulterioară prin panelul de teste nr. 4, acesta nu se va efectua de către furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea.

3. Furnizorul de servicii medicale care contractează şi efectuează panelul de teste nr. 5 nu este obligatoriu să contracteze şi să efectueze şi panelurile de teste nr. 1, 2 şi 3 sau nr. 1 şi 4 sau nr. 1, 2, 3 şi 4.

4. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea poate contracta şi efectua toate cele 5 paneluri de teste.

b) Metodologia de transmitere a probei şi a rezultatului la testare

b1) Efectuarea panelurilor de testare nr. 1, 2 şi 3 sau a panelurilor de testare nr. 1 şi 4

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea panelurilor de testare nr. 1, 2 sau 3 sau pentru acordarea panelurilor de testare nr. 1 şi 4, medicul în specialitatea oncologie medicală, pneumologie, chirurgie toracică, precum şi medicul anatomopatolog care a efectuat examenul histopatologic vor întocmi un referat de testare. Modelul de referat este prevăzut în anexa nr. 101.

2. Medicul în specialitatea oncologie medicală, pneumologie, chirurgie toracică, precum şi medicul anatomopatolog care a efectuat examenul histopatologic pot să întocmească referatul de testare numai dacă se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

3. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează Subprogramul naţional de testare genetică.

4. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se adresează bolnavul solicită unităţii sanitare care a diagnosticat iniţial bolnavul cu cancer bronhopulmonar NSCLC, în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea referatului de testare, transmiterea probei (bloc de parafină), însoţită de buletinul de examinare histopatologică.

5. Rezultatul testării panelului de testare nr. 1, care confirmă/infirmă diagnosticul de certitudine, se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea atât bolnavului/aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului care a întocmit referatul de testare în maximum 5 zile lucrătoare de la primirea probei.

6. Dacă se confirmă diagnosticul de certitudine prin efectuarea panelului de testare nr. 1, furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea va efectua panelul de testare nr. 2 sau 3 sau 4, conform celor solicitate în referatul de testare, şi va transmite rezultatul la testare atât pacientului, cât şi medicului care a întocmit referatul de testare, în maximum 10 zile lucrătoare de la transmiterea către aceştia a confirmării diagnosticului de certitudine.

b2) Efectuarea panelului de testare nr. 5

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea panelului de testare nr. 5 medicul în specialitatea oncologie medicală va întocmi un referat de testare. Modelul de referat este prevăzut în anexa nr. 10^1.

2. Medicul în specialitatea oncologie medicală poate să întocmească referatul de testare numai dacă se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

3. Bolnavul se prezintă la furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea cu referatul de testare. Bolnavul are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează Subprogramul naţional de testare genetică.

4. Rezultatul testării panelului de testare nr. 5 se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a

efectuat testarea atât bolnavului, cât şi medicului care a întocmit referatul de testare, în maximum 10 zile lucrătoare de la recoltarea probei de sânge de către furnizor.

c) Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

a) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 11.000;

b) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 5.000;

c) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 2.000;

d) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 4, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 1.200;

e) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 5, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 500;

2. indicatori de eficienţă:

a) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 240* lei/set, maximum 2 seturi/pacient, 1 set conţine 1 - 4 teste;

b.1) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - formele metastatice/an: 5.800 de lei;

b.2) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - formele local avansate/an: 5.150 de lei;

c.1) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - forme metastatice/an: 1.300 de lei;

c.2) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - forme local avansate/an: 650 de lei;

d) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 4, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 1.964 de lei;

e) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 5, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 834 de lei.

NOTA Nr. 1

Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.

NOTA Nr. 2

Actualizarea panelurilor de teste se va realiza în funcţie de actualizarea listei de medicamente aprobate prin hotărâre a Guvernului, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

IV. CANCER DE SÂN

a) Servicii de testare

Tabelul nr. 4

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	HR + HER2 + Ki67	IHC	Bloc parafină	Se testează toţi pacienţii diagnosticaţi cu cancer de sân*).
Panelul de teste nr. 2	HER2	SISH/FISH	Bloc parafină	Se testează doar pentru pacienţii pentru care HER2 la IHC (oricare determinare) are valoarea 2 +.
Panelul de teste nr. 3	BRCA 1 şi 2 - germline şi MLPA	NGS	Sânge sau salivă	Se testează doar pacienţii HER2 negativ, cu cancer de sân în stadiul local avansat sau metastazat,indiferent de statusul HR.
	NTRK1, NTRK2, NTRK3	IHC***)	Bloc parafină	
	PIK3CA - mutaţii hotspot	PCR/NGS	Bloc parafină	
	PD-L1	IHC**)	Bloc parafină	

*) Se pot efectua şi deconta maximum 2 testări IHC/bolnav într-un interval de 12 luni, calculat de la prima testare.

**) Se va testa clona SP 142 cu platforma Ventana cu sistem propriu de scorificare.

***) Pentru situaţiile în care NTRK este pozitiv prin IHC, confirmarea fuziunilor NTRK se face prin PCR sau FISH sau NGS, pe cheltuiala furnizorului, fiind o obligaţie a acestuia.

NOTE:

1. Sunt obligatorii contractarea şi efectuarea panelurilor de teste nr. 1 şi 2 de către acelaşi furnizor de servicii medicale care efectuează testarea.

2. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea poate contracta şi efectua toate cele 3 paneluri de teste.

b) Metodologia de transmitere a probei şi a rezultatului la testare

b.1) Efectuarea panelului de testare nr. 1

1. Pentru efectuarea panelului de testare nr. 1, medicul în specialitatea oncologie medicală, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, în situaţia în care furnizorul la care acesta îşi desfăşoară activitatea nu a contractat panelurile de testare nr. 1 şi 2 pentru bolnavii eligibili care necesită testare în vederea iniţierii tratamentului personalizat, va întocmi un referat de testare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 10^1.

2. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează Subprogramul naţional de testare genetică.

3. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea solicită transmiterea probei (bloc de parafină) şi a buletinului de testare histopatologică unităţii sanitare care a emis buletinul de examinare histopatologică, în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea referatului de testare.

4. Rezultatul la testare se transmite atât bolnavului/ aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului care a întocmit referatul de testare în maximum 10 zile lucrătoare de la primirea probei de către furnizor.

5. În situaţia în care furnizorul de servicii medicale din unitatea sanitară care a diagnosticat iniţial bolnavul cu cancer de sân a contractat panelurile de testare nr. 1 şi 2, testarea aferentă panelului de testare nr. 1 se realizează pe răspunderea medicului anatomopatolog, fără a mai fi necesară întocmirea referatului de testare.

6. Rezultatul la testare se transmite către bolnav şi medicul în specialitatea oncologie medicală, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, după caz, în maximum 10 zile lucrătoare de la finalizarea examinării histopatologice.

b.2) Efectuarea panelului de testare nr. 2

1. Serviciul de testare aferent panelului de teste nr. 2 din tabelul nr. 4 se realizează pe răspunderea medicului anatomopatolog doar în situaţia în care la examenul imunohistochimic prevăzut în panelul de teste nr. 1 din tabelul nr. 4, HER2 are valoarea 2 +.

2. Rezultatul testării se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat serviciul de testare atât bolnavului, cât şi medicului în specialitatea oncologie medicală, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, după caz, în maximum 10 zile lucrătoare de la obţinerea rezultatului, urmare a efectuării serviciului de testare prevăzut la panelul de teste nr. 1 din tabelul nr. 4.

b.3) Efectuarea panelului de testare nr. 3

1. Pentru pacienţii eligibili, respectiv cu diagnosticul de cancer mamar în stadiul local avansat sau metastazat HER 2 negativ, pentru a beneficia de serviciul de testare prevăzut în panelul de teste nr. 3 din tabelul nr. 4, în scopul iniţierii tratamentului personalizat, medicul în specialitatea oncologie medicală, aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, va întocmi un referat de testare.

2. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. Bolnavul/Aparţinătorul acestuia, după caz, are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea dintre furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează Subprogramul naţional de testare genetică.

3. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea solicită transmiterea probei (bloc de parafină) şi a buletinului de testare histopatologică unităţii sanitare care a emis buletinul de examinare histopatologică, în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea referatului de testare.

4. Rezultatul testării se transmite de către furnizorul care a efectuat serviciul de testare genetică atât bolnavului/ aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului care a întocmit referatul de testare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea probei.

5. Dacă bolnavul se adresează aceluiaşi furnizor de servicii medicale care a efectuat testarea aferentă panelurilor de testare nr. 1 şi 2, nu mai este necesară transmiterea altei probe. Rezultatul testării se transmite de către furnizorul care a efectuat serviciul de testare genetică atât bolnavului/aparţinătorului acestuia, după caz, cât şi medicului care a întocmit referatul de testare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea referatului de testare.

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

a) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer de sân/an: 10.500;

b) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer de sân/an: 4.700;

c) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, cancer de sân/an: 4.200;

2. indicatori de eficienţă:

a) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer de sân/an: 240 de lei/set, maximum 2 seturi/pacient, 1 set conţine 1 - 4 teste;

b) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer de sân/an: 670 de lei;

c) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer de sân/an: 4.864 de lei.

NOTA Nr. 1
Din tarif se suportă şi costul de transport al probei biologice, după caz.
NOTA Nr. 2
Actualizarea panelurilor de teste se va realiza în funcţie de actualizarea listei de medicamente aprobate prin hotărâre a Guvernului, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Natura cheltuielilor subprogramului:
- servicii pentru testarea profilului molecular al tumorilor solide maligne: cancer colorectal local avansat sau metastazat, cancer ovarian local avansat şi metastazat, cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC), cancer de sân.

Unităţi care derulează subprogramul:
Unităţi de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate care au îndeplinit criteriile din chestionarul de evaluare din anexa 16 B. 7.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE TRATAMENT AL SURDITĂŢII PRIN PROTEZE AUDITIVE IMPLANTABILE

Activităţi:
1) Reabilitarea auditivă prin implant cohlear şi implant auditiv de trunchi cerebral:
1.1. Sisteme de implant cohlear (componentă internă şi procesor de sunet extern);
1.2. Componente interne pentru implant cohlear
1.3. Sisteme de implant auditiv de trunchi cerebral (componentă internă şi procesor de sunet extern);
1.4. Componente interne pentru implant auditiv de trunchi cerebral.
Criteriile de eligibilitate (sunt valabile pentru fiecare ureche în parte; gradul hipoacuziei se stabileşte conform criteriilor BIAP: Rec_02-1_Audiometric Classification of Hearing Impairments):
1.1. Sisteme de implant cohlear (tipul de implantare - uni- sau bilaterală, simultană sau secvenţială, la copil sau la adult - este stabilit de echipa de implant în funcţie de specificul fiecărui bolnav):
1.1.a) Copii (până la împlinirea vârstei de 18 ani) - eligibilitatea cumulează criterii de vârstă şi criterii audiologice
***) Criteriul vârstei de implantare:**
1.1.a.1. În surditatea prelingvală cu indicaţii audiometrice pentru implant cohlear, implantarea trebuie să se facă cât mai devreme posibil pentru rezultate cât mai rapide şi mai bune în înţelegerea şi dezvoltarea vorbirii; implantarea tardivă reduce şansele unei bune reabilitări;
1.1.a.2. În surditatea profundă congenitală, implantarea cohleară după vârsta de 6 ani împliniţi nu este indicată decât în cazuri particulare: copil sau adolescent motivat, cu aşteptări realiste, integrat în comunicarea orală, şcolarizat în învăţământ de masă sau cu perspective foarte probabile de integrare în şcoală normală şi în comunicarea auditiv-verbală sau cazurile cu multihandicap (de ex. surdo-cecitate) cu performanţe previzibil limitate, dar care pot reprezenta singura interacţiune senzorială cu mediul extern.
1.1.a.3. În surditatea de cauză meningitică, implantarea cohleară este considerată o urgenţă din cauza posibilei osificări cohleare.
****) Criterii audiologice:**
1.1.a.4. În hipoacuzia profundă implantarea cohleară este indicată dacă câştigul protetic cu proteză convenţională nu poate garanta audiţia sunetelor pentru o bună dezvoltare a limbajului.
1.1.a.5. În hipoacuzia severă progresivă sau brusc instalată la copilul cu limbaj dezvoltat, implantarea cohleară se poate face pentru cazurile cu discriminare vocală sub 60% la 60 dB în audiometrie vocală în câmp liber efectuată pe urechea interesată, în cea mai bună condiţie de protezare auditivă convenţională, în linişte, folosind cuvinte bisilabice - liste adaptate vârstei dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs); pentru copiii fără limbaj achiziţionat, dacă se dovedeşte că în cea mai bună condiţie de protezare auditivă, cu sprijin adecvat logopedic, copilul nu prezintă achiziţii conform aşteptărilor în înţelegerea şi în dezvoltarea limbajului cu impact sever asupra dezvoltării psiho-cognitive.
1.1.a.6. În hipoacuzia fluctuantă, implantarea cohleară este indicată dacă condiţiile de mai sus sunt atinse de mai multe ori, astfel încât există un impact sever asupra învăţării limbajului/comunicării.
1.1.a.7. Hipoacuziile din cadrul spectrului bolilor neuropatiei auditive (cu elemente clare de diagnostic) pot beneficia de implantare cohleară, pe lângă formele profunde, şi pentru formele medii şi severe dacă se dovedeşte că în cea mai bună condiţie de protezare auditivă, cu sprijin adecvat logopedic, copilul nu prezintă achiziţii conform aşteptărilor în înţelegerea şi în dezvoltarea limbajului, existând un impact sever asupra dezvoltării psiho-cognitive.
1.1.a.8. Criteriile cumulative de vârstă şi audiologice se adresează şi cazurilor cu surditate unilaterală (cu auz normal sau aproape normal pe urechea contralaterală).
1.1.b) Adulţi (după împlinirea vârstei de 18 ani)
***) Criteriul vârstei de implantare:**
1.1.b.1. Indicaţia implantării cohleare la bolnavul adult nu are limită de vârstă.
1.1.b.2. În general, la adultul cu hipoacuzie profundă sau severă prelingvală, care nu a beneficiat de reabilitare auditiv verbal şi nu este ancorat în comunicarea orală, nu se indică implantarea cohleară; pot face

excepţii cazurile cu multihandicap (de ex. surdo-cecitatea) în care audiţia sunetelor prin implant cohlear (fără performanţă în comunicarea verbală) poate reprezenta singura posibilitate de ancorare senzorială a bolnavului în mediul de viaţă; în aceste cazuri implantarea se va limita la o singură ureche.

1.1.b.3. La bolnavii în vârstă, implantarea cohleară este indicată bolnavilor motivaţi, la care se exclude o suferinţă psiho-cognitivă.

****) Criterii audiologice:**

1.1.b.4. În hipoacuzia cu discriminare vocală sub 60% la 60 dB în audiometrie vocală în câmp liber efectuată pe urechea interesată, în cea mai bună condiţie de protezare auditivă convenţională, în linişte, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs);

1.1.b.5. În hipoacuzia fluctuantă, implantarea cohleară este indicată dacă fluctuaţiile de auz sunt frecvente şi ating limitele mai sus menţionate având un impact major asupra desfăşurării activităţii/comunicării.

1.1.b.6. Criteriile cumulative de vârstă şi audiologice se adresează şi cazurilor cu surditate unilaterală (cu auz normal sau aproape normal pe urechea contralaterală).

1.2. Componente interne pentru implant cohlear:

1.2.a) Bolnavi care au beneficiat de implant cohlear, la care componenta internă trebuie înlocuită deoarece s-a defectat după perioada de garanţie;

1.2.b) Bolnavi la care apar complicaţii medicale (infecţii locale, traumatisme etc.) care impun explantarea şi înlocuirea componentei interne (înainte sau după expirarea perioadei contractuale de garanţie).

1.3. Sisteme de implant auditiv de trunchi cerebral (componentă internă şi procesor de sunet extern) - (tipul de implantare - **unilaterală**, la copil sau la adult)

1.3.a) Pentru reabilitarea auzului bolnavilor cu surditate profundă bilaterală pentru care nu există alternative de reabilitare auditivă (nu pot beneficia de implant cohlear);

1.3.b) La copilul cu hipoacuzie profundă bilaterală congenitală sub 6 ani la care implantarea cohleară nu poate fi efectuată sau nu poate aduce beneficii pe nici o ureche: malformaţii severe cohleare bilaterale sau malformaţii/agenezie bilaterală de nerv cohlear, osificare labirintică bilaterală, neuropatie axonală severă bilaterală;

1.3.c) La adult sau copil cu hipoacuzie profundă bilaterală dobândită: osificare cohleară bilaterală (posttraumatică sau infecţioasă), tumori de fosă posterioară care compromit nervul cohlear bilateral (schwannom vestibular în cadrul neurofibromatozei tip II).

1.4. Componente interne pentru implant auditiv de trunchi cerebral: Pentru înlocuire la bolnavii la care acestea se defectează după perioada de garanţie sau la care apar complicaţii medicale care impun înlocuirea înainte sau după expirarea perioadei contractuale de garanţie.

2) Reabilitarea auditivă prin proteze de ureche medie pasive;

Criteriile de eligibilitate

2.1. Recuperarea hipoacuziilor de transmisie şi mixte prin reconstrucţia chirurgicală a sistemului timpano-osicular folosind proteze parţiale sau totale la bolnavii cu sechele otice infecţioase, tumorale, posttraumatice sau degenerative şi la cei cu patologie malformativă.

3) Reabilitarea auditivă prin proteze cu ancorare osoasă cu implant inactiv:

3.1. Sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu implant inactiv (implant osteointegrat şi procesor de sunet extern)

Criteriile de eligibilitate (sunt valabile pentru fiecare ureche în parte; gradul hipoacuziei se stabileşte conform criteriilor BIAP: Rec_02-1_Audiometric Classification of Hearing Impairments); tipul de implantare, uni sau bilaterală, simultană sau secvenţială - este stabilit de echipa de implant în funcţie de specificul fiecărui bolnav.

3.1.1. Hipoacuzie de transmisie sau mixtă (praguri pe cale aeriană de cel puţin 30 dB cu diferenţă aer/os de cel puţin 30 dB), care nu poate beneficia de soluţie chirurgicală reparatorie şi pentru care protezarea convenţională pe cale aeriană sau osoasă nu este eficientă sau este imposibilă (otite externe cronice, otite medii cronice supurate/colesteatomatoase cu acutizări frecvente, cavităţi de evidare, malformaţii de ureche externă, stenoze de conduct auditiv extern);

3.1.2. Rezervă cohleară a urechii bolnave de cel mult 60 dB pe fiecare frecvenţă; pragurile auditive osoase trebuie să fie stabile; la bolnavii cu hipoacuzii rapid progresive şi cu praguri auditive osoase la limita indicaţiei nu se recomandă această soluţie;

3.1.3. Hipoacuzii neuro-senzoriale unilaterale cel puţin severe sau profunde (pentru stimulare contralaterală), cu condiţia unui prag auditiv în conducere osoasă normal sau subnormal pe urechea contralaterală de stimulat, de maxim 30 dB);

3.1.4. Aceste sisteme vor fi accesibile din programul naţional numai în varianta implantabilă; stimularea pe cale osoasă pentru copiii mici înainte de momentul optim pentru intervenţia chirurgicală se va face prin proteze convenţionale cu vibrator osos.

3.2. Înlocuirea implantului inactiv osteointegrat.

Criteriile de eligibilitate:

3.2.1. Bolnavii la care apar situaţii/complicaţii medicale care impun înlocuirea implantului inactiv osteointegrat: infecţii cutanate cronice în zona implantului osteointegrat, eşecul osteointegrării implantului; leziuni posttraumatice;

3.2.2. Bolnavi la care implantul devine prea mic prin dezvoltarea craniului şi a planului musculo-cutanat - necesită înlocuirea cu un implant mai mare.

4) Reabilitarea auditivă prin proteze cu ancorare osoasă cu componentă internă activă:

4.1. Sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu componentă internă activă (componentă internă şi procesor de sunet extern):

Criteriile de eligibilitate (sunt valabile pentru fiecare ureche în parte; gradul hipoacuziei se stabileşte conform criteriilor BIAP: Rec_02-1_Audiometric Classification of Hearing Impairments): tipul de implantare, uni sau bilaterală, simultană sau secvenţială - este stabilit de echipa de implant în funcţie de specificul fiecărui bolnav.

4.1.1. **Pentru protezele cu ancorare osoasă a părţii active la nivel temporal submusculocutanat:**

a) Hipoacuzii de transmisie sau mixte (cu praguri pe cale aeriană de cel puţin 30 dB cu diferenţă aer/os de cel puţin 30 dB), sau hipoacuzii neuro-senzoriale cu praguri în conducere osoasă de cel mult 45 dB sau 55 dB pe fiecare frecvenţă (valoare a pragului de care depinde alegerea tipului de proteză), hipoacuzii care nu pot beneficia de soluţie chirurgicală reparatorie şi pentru care protezarea convenţională pe cale aeriană sau osoasă nu este eficientă sau este imposibilă (otite externe cronice, otite medii cronice supurate/colesteatomatoase cu acutizări frecvente, cavităţi de evidare, malformaţii de ureche externă, stenoze de conduct auditiv extern), bolnavi la care se evită implantele transcutanate.

b) Discriminare vocală de cel puţin 50% la cel mai confortabil nivel de stimulare pe cască osoasă efectuată pe urechea interesată, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs);

c) Pragurile auditive osoase trebuie să fie stabile; la bolnavii cu hipoacuzii rapid progresive şi cu praguri auditive osoase la limita indicaţiei nu se recomandă aceste soluţii.

4.1.2. **Pentru protezele cu ancorare osoasă a părţii active la nivel temporal submusculocutanat pentru stimulare contralaterală:** hipoacuzii neuro-senzoriale unilaterale cel puţin severe sau profunde (pentru stimulare contralaterală), cu condiţia unui prag auditiv în conducere osoasă normal sau subnormal pe urechea contralaterală de stimulat).

4.1.3. **Pentru protezele cu ancorarea părţii active în urechea medie destinate hipoacuziei neurosenzoriale:**

a) Hipoacuzie neuro-senzorială uşoară, moderată sau severă cu praguri în conducere aeriană stabile, de maximum 60 dB pe 500 dB, 65 dB pe 1000 Hz, 75 dB pe 2000 Hz şi 80 dB pe 4000 Hz;

b) Discriminare vocală peste 50% la cel mai confortabil nivel de stimulare pe căşti aeriene efectuată pe urechea interesată, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs)

c) Absenţa patologiei infecţioase de ureche medie; vârsta peste 5 ani; absenţa leziunilor auditive retrocohleare sau centrale.

4.1.4. **Pentru protezele cu ancorarea părţii active în urechea medie destinate hipoacuziilor de transmisie sau mixte:**

a) Hipoacuzie de transmisie sau mixtă, moderată sau severă cu praguri în conducere osoasă stabile, de maximum 40 dB pe 500 dB, 45 dB pe 1000 Hz, 55 dB pe 2000 Hz şi 55 dB pe 4000 Hz;

b) Discriminare vocală peste 50% la cel mai confortabil nivel de stimulare pe cască osoasă efectuată pe urechea interesată, folosind cuvinte bisilabice dintr-un material de testare omologat/validat clinic (ex. RoVoIs); absenţa patologiei infecţioase de ureche medie; vârsta peste 5 ani; absenţa leziunilor auditive retrocohleare sau centrale.

4.2. Înlocuirea componentei interne active a protezei cu ancorare osoasă.

Criteriile de eligibilitate:

4.2.1. Bolnavii la care componenta internă activă se defectează după perioada de garanţie sau la care apar complicaţii medicale care impun înlocuirea înainte sau după perioada contractuală de garanţie;

4.2.2. Bolnavi cu necroză cutanată sau infecţii la locul implantului.

5) Înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii cu implant cohlear sau la cei cu implant auditiv de trunchi cerebral din motive de uzură fizică şi pentru a asigura bolnavului performanţa auditivă optimă

Criteriile de eligibilitate:

a) procesor de sunet (partea externă) care a împlinit 7 ani de funcţionare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură parametrii optimi de funcţionare;

b) procesor de sunet (partea externă) care s-a defectat după ieşirea din perioada de garanţie şi nu mai poate fi reparat conform raportului de service din partea departamentului de service al producătorului, care atestă imposibilitatea reparării.

6) Înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii cu proteze implantabile cu ancorare osoasă cu implant inactiv sau cu componentă internă activă din motive de uzură fizică şi pentru a asigura bolnavului performanţa auditivă optimă

Criteriile de eligibilitate:

a) procesor de sunet care a împlinit 5 ani de funcţionare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură parametrii optimi de funcţionare;

b) procesor de sunet care s-a defectat după ieşirea din perioada de garanţie şi nu mai poate fi reparat, conform raportului de service din partea departamentului de service al producătorului, care atestă imposibilitatea reparării;

c) procesor de sunet care nu mai asigură auzul datorită formei progresive/evolutive a hipoacuziei; deteriorarea rezervei cohleare (a pragurilor auditive în conducerea osoasă) care devine nestimulabilă prin

procesorul purtat de bolnav, dar permite stimularea prin schimbarea tipului de procesor cu unul cu amplificare superioară.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de implanturi cohleare şi implanturi auditive de trunchi cerebral/an: 211;

b) număr de proteze de ureche medie pasive/an: 150;

c) număr de proteze auditive cu ancorare osoasă cu implant inactiv/an: 35;

d) număr de proteze auditive cu ancorare osoasă cu componentă internă activă/an: 10;

e) număr procesoare de sunet (partea externă)/an pentru implanturi cohleare şi implanturi de trunchi cerebral: 109;

f) număr procesoare de sunet (partea externă)/an pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă cu implant inactiv sau cu componentă internă activă: 31;

2) indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/implant cohlear şi de trunchi cerebral/an: 96.626 lei;

b) cost mediu/proteză de ureche medie pasivă/an: 1.854 lei;

c) cost mediu/proteză auditivă cu ancorare osoasă cu implant inactiv/an: 24.262 lei;

d) cost mediu/proteză auditivă cu ancorare osoasă cu componentă internă activă/an: 44.336 lei;

e) cost mediu/procesor de sunet (partea externă)/an pentru implanturi cohleare sau implanturi de trunchi cerebral: 32.996 lei;

f) cost mediu/procesor de sunet (partea externă)/an pentru proteze implantabile cu ancorare osoasă cu implant inactiv sau cu componentă internă activă: 22.591 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli cu materiale specifice: sisteme de implant cohlear (componentă internă şi procesor de sunet extern), componente interne pentru implant cohlear, sisteme de implant auditiv de trunchi cerebral (componentă internă şi procesor de sunet extern), componente interne pentru implant auditiv de trunchi cerebral, proteze de ureche medie pasive, sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu implant inactiv (implant osteointegrat şi procesor de sunet extern), implant pasiv osteointegrat pentru înlocuire, sisteme de proteze cu ancorare osoasă cu implant activ (componentă internă şi procesor de sunet extern), componenta internă activă a protezei cu ancorare osoasă, procesoare de sunet (partea externă) pentru implanturi cohleare, procesor de sunet (partea externă) pentru proteze auditive implantabile cu ancorare osoasă.

Unităţi care derulează programul:

a) Institutul de Fonoaudiologie şi Chirurgie Funcţională O.R.L. "Prof. Dr. Dorin Hociotă";

b) Spitalul Clinic Municipal Timişoara;

c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;

d) Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;

e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

f) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie";

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

h) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;

i) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE DIABET ZAHARAT

Obiective:

a) monitorizarea diabetului zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c;

b) asigurarea tratamentului medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat inclusiv a dispozitivelor medicale specifice (pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei şi materiale consumabile pentru acestea);

c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat (teste de automonitorizare glicemică şi sisteme de monitorizare continuă a glicemiei).

Structură:

1. Subprogramul de diabet zaharat tip 1;
2. Subprogramul de diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat: tipuri specifice şi diabet gestaţional.

Subprogramul de diabet zaharat tip 1

Activităţi:

1. evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat de tip 1 prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c;
2. asigurarea tratamentului cu insulină bolnavilor cu diabet zaharat tip 1;
3. asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării persoanelor cu diabet zaharat tip 1;
4. asigurarea sistemelor de monitorizare glicemică continuă şi a consumabilelor pentru acestea, în vederea automonitorizării bolnavilor cu diabet zaharat tip 1;
5. asigurarea accesului la pompe de insulină şi materiale consumabile pentru acestea;
6. asigurarea sistemelor de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei şi a materialelor consumabile pentru acestea.

Criterii de eligibilitate

1. Activitatea 1: bolnavi cu diabet zaharat tip 1, la recomandarea medicului specialist în diabet, nutriţie şi boli metabolice, a medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, a medicilor desemnaţi sau a medicilor de familie.

2. Activitatea 2: bolnavi cu diabet zaharat tip 1 care necesită tratament pe o durată nedefinită cu insulină.

3. Activitatea 3: pentru bolnavii cu diabet zaharat tip 1, la recomandarea medicului curant de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice sau a medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, în funcţie de vârsta bolnavului şi modalitatea de injectare a insulinei:

a) până la 400 teste/3 luni copil cu diabet zaharat tip 1;

b) până la 200 teste/3 luni pentru bolnavul adult cu diabet zaharat tip 1;

c) până la 100 teste/3 luni pentru bolnavul cu diabet zaharat tip 1 automonitorizat cu sistem de monitorizare continuă a glicemiei sau cu pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă.

Decizia de a reduce numărul sau a întrerupe acordarea testelor de automonitorizare la bolnavii incluşi în Subprogramul de diabet zaharat tip 1 aparţine medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice sau a medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice când constată lipsa de aderenţă a bolnavului la monitorizarea bolii şi controlul medical de specialitate.

4. Activitatea 4: bolnavii cu diabet zaharat tip 1 care pot beneficia de **sisteme de monitorizare glicemică continuă** şi consumabile pentru acestea:

a) copii cu diabet zaharat tip 1 cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani şi bolnavele gravide cu diabet zaharat tip 1;

b) bolnavi cu diabet zaharat tip 1, cu vârsta peste 18 ani, care îndeplinesc cel puţin două din următoarele criterii de eligibilitate:

b1) bolnavi la care nu se poate realiza controlul glicemic la ţintele propuse (hemoglobina glicozilată HbA1C% < 7%) prin insulinoterapie intensivă corect administrată, fie prin injecţii multiple de insulină, fie prin folosirea unei pompe de insulină;

b2) bolnavi care prezintă hipoglicemii frecvente documentate sau hipoglicemii grad 2, documentate (minimum două/trimestru). Hipoglicemia grad 2 este definită la o valoare < 54 mg/dl;

b3) bolnavi care prezintă hipoglicemii grad 2 nocturne documentate (minimum două/trimestru);

b4) bolnavi care prezintă cel puţin o complicaţie cronică specifică a diabetului zaharat, documentată medical;

b5) bolnavi care au fost trataţi cu injecţii multiple de insulină în regim bazal-bolus sau care beneficiază de pompe de insulină fără sisteme de monitorizare glicemică continuă;

c) categoriile de bolnavi de la lit. a) şi b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerinţe:

c1) aderenţă la monitorizarea bolii şi control: autoîngrijire, automonitorizare şi autoajustarea dozelor de insulină;

c2) motivaţie şi complianţă la tratament - consimţământ informat.

Criterii de întrerupere:

a) lipsa de aderenţă sau aderenţă necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii şi controlul medical de specialitate pe parcursul utilizării sistemului de monitorizare glicemică continuă. Aceasta se defineşte ca fiind utilizarea sistemului de monitorizare glicemică continuă mai puţin de 75%/lună;

b) automonitorizarea cu sistem de monitorizare glicemică continuă nu îşi dovedeşte eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau creşte faţă de nivelul HbA1c anterior iniţierii automonitorizării cu sistem de monitorizare glicemică continuă;

c) şi/sau lipsa de ameliorare a variabilităţii glicemice. Variabilitatea glicemică este definită ca un cumul de 4 parametri: amplitudine, frecvenţă, durată şi fluctuaţie glicemică, aceştia fiind măsuraţi automat de sistemul de monitorizare glicemică continuă. Coeficientul de variaţie (CV) glicemică optim este considerat a fi </= 36%, iar un CV > 36% este considerat inadecvat;

d) şi/sau lipsa reducerii numărului de episoade hipoglicemice. Prezenţa episoadelor de hipoglicemie gradul 2 sau 3 diurne, precum şi nocturne, minimum două episoade hipoglicemice în ultimele 14 zile;

e) refuzul scris al bolnavului/părinţilor sau tutorilor legal instituiţi, după caz, de a mai fi beneficiarul sistemului de monitorizare glicemică continuă;

f) lipsa capacităţii şi abilităţii de a înţelege şi de a folosi corect sistemul de monitorizare glicemică continuă.

NOTĂ

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate şi a cerinţelor obligatorii sunt verificate şi confirmate de medicul curant care face recomandarea şi care monitorizează bolnavul.

2. Decizia privind întreruperea utilizării unui sistem de monitorizare glicemică continuă, de către un bolnav, aparţine medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, care monitorizează bolnavul.

3. Bolnavii care deţin din resurse proprii sisteme de monitorizare glicemică continuă beneficiază de consumabilele aferente în aceleaşi condiţii prevăzute pentru bolnavii cărora li s-au montat aceste dispozitive specifice în cadrul unităţilor sanitare care derulează Programul naţional de diabet zaharat, cu respectarea indicatorilor de eficienţă aferenţi acestei activităţi.

5. Activitatea 5: bolnavii cu diabet zaharat tip 1 care pot beneficia de pompe de insulină şi materiale consumabile pentru acestea:

a) copii cu diabet zaharat tip 1 cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani şi bolnavele gravide cu diabet zaharat tip 1;

b) bolnavi cu diabet zaharat tip 1, cu vârsta peste 18 ani, la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie cu multiple injecţii corect aplicată;

c) categoriile de bolnavi de la lit. a) şi b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerinţe:

c1) aderenţă la monitorizarea bolii şi control: autoîngrijire, automonitorizare şi autoajustarea dozelor de insulină;

c2) motivaţie şi complianţă la tratament - consimţământ informat;

c3) capacitate şi abilităţi de utilizare a pompei.

Criterii de întrerupere:

a) lipsa de aderenţă sau aderenţa necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii şi control medical de specialitate pe parcursul utilizării pompei;

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu îşi dovedeşte eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau creşte comparativ cu terapia anterioară cu injecţii multiple de insulină.

NOTĂ:

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate şi a cerinţelor obligatorii sunt verificate şi confirmate de medicul curant care face recomandarea şi care monitorizează bolnavul.

2. Decizia privind întreruperea utilizării unei pompe de insulină, de către un bolnav, aparţine medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, care monitorizează bolnavul.

3. Bolnavii care deţin din resurse proprii pompe de insulină beneficiază de consumabilele aferente în aceleaşi condiţii prevăzute pentru bolnavii cărora li s-au montat aceste dispozitive specifice în cadrul unităţilor sanitare care derulează Programul naţional de diabet zaharat, cu respectarea indicatorilor de eficienţă aferenţi acestei activităţi.

6. Activitatea 6: bolnavii cu diabet zaharat tip 1 care pot beneficia de sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei şi materiale consumabile pentru acestea, care îndeplinesc una dintre condiţiile prevăzute la lit. a) şi b):

a) bolnavi cu diabet zaharat de tip 1 cu sisteme de monitorizare continuă a glicemiei şi CV (coeficient de variaţie) > 36%;

b) bolnavi cu diabet zaharat tip 1 cu sisteme de monitorizare continuă a glicemiei care prezintă cel puţin o complicaţie cronică specifică a diabetului zaharat, documentată medical;

c) categoriile de bolnavi de la lit. a) şi b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerinţe:

c1) aderenţă la monitorizarea bolii şi control: autoîngrijire, automonitorizare şi autoajustarea dozelor de insulină;

c2) motivaţie şi complianţă la tratament - consimţământ informat;

c3) capacitate şi abilităţi de utilizare a pompei şi senzorilor.

Criterii de întrerupere:

a) lipsa de aderenţă sau aderenţa necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii şi control medical de specialitate pe parcursul utilizării sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei; Aceasta se defineşte ca fiind utilizarea sistemului mai puţin de 75%/lună;

b) utilizarea sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei nu îşi dovedeşte eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau creşte comparativ cu terapia anterioară utilizării sistemului

c) refuzul bolnavului/părinţilor sau tutorilor legal instituiţi, după caz, de a mai fi beneficiarul sistemului de pompă de insulină cuplată cu sistem de monitorizare glicemică continuă.

NOTĂ:

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate şi a cerinţelor obligatorii sunt verificate şi confirmate de medicul curant care face recomandarea şi care monitorizează bolnavul.

2. Bolnavii, beneficiari anterior de pompă de insulină din Subprogramul naţional de diabet zaharat tip 1, vor fi eligibili pentru sistemul de pompă de insulină cu sistem de monitorizare continuă glicemică doar în condiţiile în care nu deţin o pompă de insulină, funcţională, eliberată de mai puţin de 3 ani şi 6 luni.

3. Decizia, pentru un bolnav, privind întreruperea utilizării sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare glicemică continuă aparţine medicului curant specialist în diabet, nutriţie şi boli metabolice/sau pediatru/cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, care monitorizează bolnavul.

4. Bolnavii care deţin din resurse proprii sisteme de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei beneficiază de consumabilele aferente în aceleaşi condiţii prevăzute pentru bolnavii cărora li s-au montat aceste dispozitive specifice în cadrul unităţilor sanitare care derulează Programul naţional de diabet zaharat, cu respectarea indicatorilor de eficienţă aferenţi acestei activităţi.

Bolnavii eligibili sau părinţii/tutorii legal instituiţi, după caz, în vederea montării de sisteme de monitorizare glicemică continuă, pompe de insulină fără sisteme de monitorizare glicemică incluse şi sistem de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei au obligaţia de a semna un consimţământ

informat privind drepturile şi obligaţiile beneficiarului (anexa nr. 15).

Refuzul de a semna consimţământul informat are drept consecinţă neacordarea de sisteme de monitorizare glicemică continuă, pompe de insulină sau sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei.

Subprogramul de diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat: tipuri specifice şi diabet gestaţional

Activităţi:

1) evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c;

2) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat inclusiv a categoriilor de bolnavi menţionate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

3) asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării bolnavilor cu diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat insulinotratat;

4) asigurarea accesului la pompe de insulină şi materiale consumabile pentru acestea;

5) asigurarea accesului la sisteme de monitorizare glicemică continuă pentru bolnavele cu diabet gestaţional insulinotratat.

Criterii de eligibilitate:

1. Activitatea 1: bolnavi cu diabet zaharat, la recomandarea medicului specialist în diabet, nutriţie şi boli metabolice, a medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice, a medicilor desemnaţi sau a medicului de familie.

2. Activitatea 2:

a) bolnavi cu diabet zaharat tip 2, diabet gestaţional şi alte tipuri de diabet zaharat, care necesită tratament temporar sau pe o durată nedefinită cu insulină:

a.1) atunci când, sub tratamentul maximal cu antidiabetice non-insulinice (antidiabetice orale şi/sau antidiabetice injectabile noninsulinice) şi cu respectarea riguroasă a dietei, hemoglobina glicozilată HbA1c depăşeşte 7% sau depăşeşte ţinta individualizată;

a.2) când tratamentul cu antidiabetice orale şi/sau antidiabetice injectabile non-insulinice este contraindicat;

a.3) intervenţie chirurgicală;

a.4) infecţii acute;

a.5) infecţii cronice (de exemplu, TBC pulmonar);

a.6) evenimente cardiovasculare acute (infarct miocardic acut, angină instabilă, AVC);

a.7) alte situaţii (intoleranţă digestivă, stres);

a.8) bolnave cu diabet gestaţional;

b) bolnavii beneficiari de medicamente: antidiabetice non-insulinice, insulina cu antidiabetice non-insulinice:

b.1) lipsa echilibrării la nivelul ţintelor propuse exclusiv prin tratament nefarmacologic;

b.2) bolnavi cu diabet zaharat nou-descoperit cu glicemia a jeun > 126 mg/dl şi hemoglobina glicozilată HbA1c >/= 6,5%;

b.3) categoriile de bolnavi menţionate în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru tratamentul cu DCI Metforminum.

3. Activitatea 3: automonitorizarea la bolnavii cu diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat insulinotrataţi, la recomandarea medicului de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice sau a medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice:

- până la 100 teste/3 luni pentru bolnavul tratat cu insulinoterapie în prize multiple, cu insulinoterapie convenţională sau tratament mixt, respectiv insulina cu antidiabetice non-insulinice;

NOTĂ: Decizia de a reduce numărul sau de a întrerupe acordarea testelor de automonitorizare la bolnavii incluşi în Subprogramul de diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat aparţine medicului de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice sau medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice când constată lipsa de aderenţă a bolnavului la monitorizarea bolii şi controlul medical de specialitate.

4. Activitatea 4: bolnavii cu diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat, insulinotrataţi, care pot beneficia de pompe de insulină:

a) bolnavi cu diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat, insulinotrataţi cu cel puţin 4 prize de insulină, aflaţi în tratament permanent cu insulină;

b) bolnavi cu diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat, insulinotrataţi cu cel puţin 4 prize de insulină, aflaţi în tratament temporar cu insulină:

b.1) diabet zaharat gestaţional sau gravide cu diabet zaharat şi insulinoterapie cu cel puţin 4 prize de insulină;

b.2) orice tip de diabet zaharat, insulinotratat cu cel puţin 4 prize de insulină;

c) categoriile de bolnavi de la lit. a) şi b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerinţe:
c.1) aderenţă la monitorizarea bolii şi control: autoîngrijire, automonitorizare şi autoajustarea dozelor de insulină;
c.2) motivaţie şi complianţă la tratament - consimţământ informat;
c.3) capacitate şi abilităţi de utilizare a pompei.
Criterii de întrerupere:
a) lipsa de aderenţă sau aderenţa necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii şi control medical de specialitate pe parcursul utilizării pompei;
b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu îşi dovedeşte eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau creşte comparativ cu terapia anterioară cu injecţii multiple de insulină;
c) tratamentul temporar - diabet gestaţional cu tratament temporar cu insulină.

NOTĂ:
1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate şi a cerinţelor obligatorii sunt verificate şi confirmate de medicul curant care face recomandarea şi care monitorizează bolnavul.
2. Decizia privind întreruperea utilizării unei pompe de insulină de către un bolnav aparţine medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice sau a medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice care monitorizează bolnavul.
3. Bolnavii eligibili sau părinţii/tutorii legal instituiţi, după caz, în vederea montării de pompe de insulină, au obligaţia de a semna un consimţământ informat privind drepturile şi obligaţiile beneficiarului (anexa nr. 15). Refuzul de a semna consimţământul informat are drept consecinţă neacordarea de pompe de insulină.
4. Medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medicul cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice care deţine documente ce atestă absolvirea unui curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice şi care îşi desfăşoară activitatea în unităţi sanitare care îndeplinesc criteriile de eligibilitate din chestionarul de evaluare prevăzut în anexa nr. 16 D.1 montează pompe de insulină.
5. Bolnavii care deţin din resurse proprii pompe de insulină beneficiază de consumabilele aferente în aceleaşi condiţii prevăzute pentru bolnavii cărora li s-au montat aceste dispozitive specifice în cadrul unităţilor sanitare care derulează Programul naţional de diabet zaharat, cu respectarea indicatorilor de eficienţă aferenţi acestei activităţi.

5. Activitatea 5: bolnavele cu diabet gestaţional insulinotratat care pot beneficia de sisteme de monitorizare glicemică continuă şi consumabile pentru acestea.
Bolnavele cu diabet gestaţional aflate în tratament temporar cu insulină să îndeplinească obligatoriu următoarele cerinţe:
a) aderenţă la monitorizarea bolii şi control: autoîngrijire, automonitorizare şi autoajustarea dozelor de insulină;
b) motivaţie şi complianţă la tratament - consimţământ informat.
Criterii de întrerupere:
a) lipsa de aderenţă sau aderenţă necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii şi controlul medical de specialitate pe parcursul utilizării sistemului de monitorizare glicemică continuă. Aceasta se defineşte ca fiind utilizarea sistemului de monitorizare glicemică continuă mai puţin de 75%/lună;
b) refuzul scris al bolnavului/părinţilor sau tutorilor legal instituiţi, după caz, de a mai fi beneficiarul sistemului de monitorizare glicemică continuă;
c) lipsa capacităţii şi abilităţii de a înţelege şi de a folosi corect sistemul de monitorizare glicemică continuă.

NOTĂ:
1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate şi a cerinţelor obligatorii sunt verificate şi confirmate de medicul curant care face recomandarea şi care monitorizează bolnavul.
2. Decizia privind întreruperea utilizării sistemului de monitorizare glicemică continuă de către un bolnav aparţine medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice sau a medicului cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice care monitorizează bolnava.
3. Bolnavii eligibili sau părinţii/tutorii legal instituiţi, după caz, în vederea montării sistemului de monitorizare glicemică continuă au obligaţia de a semna un consimţământ informat privind drepturile şi obligaţiile beneficiarului (anexa nr. 15). Refuzul de a semna consimţământul informat are drept consecinţă neacordarea de sisteme de monitorizare glicemică incluse.
4. Medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice/medicul cu competenţă/atestat în diabet, nutriţie şi boli metabolice care deţine documente ce atestă absolvirea unui curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice şi care îşi desfăşoară activitatea în unităţi sanitare care îndeplinesc criteriile de eligibilitate din chestionarul de evaluare prevăzut în anexa nr. 16 D.1 montează sistemul de monitorizare glicemică continuă.

Unităţi care derulează programul:

*** Abrogat prin O. nr. 330/2022 de la data de 23 mai 2022.

Indicatori de evaluare

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu diabet evaluaţi prin dozarea hemoglobinei glicozilate HbA1c/an: 63.989;

b) număr de bolnavi cu diabet zaharat trataţi/an: 1.121.651;

c) număr de bolnavi automonitorizaţi/an: 300.005, din care:

c.1) număr de copii automonitorizaţi/an: 4.884;

c.2) număr de adulţi cu diabet zaharat insulinotrataţi automonitorizaţi/an: 295.121;

d) număr de bolnavi cu beneficiari de sisteme de monitorizare glicemică continuă/an: 1.670;

e) număr de bolnavi beneficiari de materiale consumabile pentru sisteme de monitorizare glicemică continuă/an: 3.092;

f) număr de bolnavi beneficiari de pompe de insulină/an: 309;

g) număr de bolnavi beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină/an: 1.304;

h) număr de bolnavi cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei/an: 166;

i) număr de bolnavi cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei/an: 341;

2) indicatori de eficienţă:

a) tarif/serviciu de dozare de hemoglobină glicozilată HbA1c: 38 de lei;

b) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tratat/an: 1.810 lei;

c) cost mediu/copil cu diabet zaharat tip 1/an: 1.920 lei (400 teste/3 luni);

d) cost mediu/adult cu diabet zaharat tip 1/an: 960 lei (200 teste/3 luni);

e) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tip 1 automonitorizat cu sistem de monitorizare glicemică continuă sau sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, precum şi pentru bolnav cu diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat insulinotratat/an : 480 lei/(100 teste/3 luni);

f) cost mediu/bolnav beneficiar de sistem de monitorizare glicemică continuă - set iniţiere/3 luni: 5.446 lei;

g) cost mediu/bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru sistemele de monitorizare glicemică continuă/3 luni: 3.742 lei;

h) cost mediu/bolnav beneficiar de pompă de insulină - set iniţiere/3 luni: 8.233 lei;

i) cost mediu/bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru pompa de insulină/3 luni: 1.637 lei;

j) cost mediu/bolnav beneficiar de sistem de pompă de insulină cu senzori de monitorizare glicemică continuă - set iniţiere/3 luni: 19.947 lei;

k) cost mediu/bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru sistem de pompă de insulină cu senzori de monitorizare glicemică continuă/3 luni: 5.013 lei.

Natura cheltuielilor programului:

a) cheltuieli pentru efectuarea dozării hemoglobinei glicozilate HbA1c;

b) cheltuieli pentru medicamente antidiabetice de tipul insulinelor şi/sau antidiabetice noninsulinice;

c) cheltuieli pentru materiale sanitare specifice: teste de automonitorizare;

d) cheltuieli pentru dispozitive medicale specifice şi consumabilele aferente acestora.

Unităţi care derulează programul:

1. medicamente:

a) unităţi sanitare cu farmacie cu circuit închis care au în structură secţii/compartimente de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice/spitalizare de zi, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b) farmacii cu circuit deschis;

c) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie;

2. teste de automonitorizare - farmacii cu circuit deschis;

3. servicii de dozare a hemoglobinei glicozilate - furnizori de servicii medicale paraclinice aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea serviciilor medicale paraclinice în ambulatoriu, pe baza contractelor încheiate în acest sens;

4. pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de monitorizare continuă a glicemiei:

a) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;

b) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bistriţa;

c) Spitalul Militar de Urgenţă "Regina Maria" Braşov;

d) Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucureşti;

e) Spitalul Clinic de Urgenţă Elias Bucureşti;

f) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M.S. Curie" - Bucureşti;

g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Constanţa;

h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;

i) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;

j) Spitalul Clinic de Boli Infecţioase Cluj-Napoca - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei;

k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Galaţi;

m) Spitalul de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;

n) Spitalul de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;

o) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Andreoiu" Ploieşti;
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
r) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara;
s) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Luis Ţurcanu" Timişoara;
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
t) Spitalul Judeţean de Urgenţă Buzău;
ţ) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
v) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgovişte;
x) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila";
y) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
z) Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila;
aa) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei;
ab) Spitalul Orăşenesc Târgu Lăpuş - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei;
ac) Spitalul Clinic Municipal Filantropia Craiova;
ad) Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu - sisteme de monitorizare a continuă a glicemiei;
ae) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
af) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Ioan" Galaţi;
ag) Spitalul Judeţean de Urgenţă Miercurea-Ciuc;
ah) Spitalul Municipal "Dr. Alexandru Simionescu" Hunedoara;
ai) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei;
aj) Spitalul Judeţean de Urgenţă Drobeta-Turnu Severin;
ak) Spitalul Judeţean de Urgenţă Slatina;
al) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Braşov;
am) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
5. materiale consumabile pentru pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de monitorizare continuă a glicemiei - unităţi sanitare cu farmacii cu circuit închis, care au în structură secţii/compartimente de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice/spitalizare de zi/ambulatoriu de specialitate, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE TRATAMENT AL BOLILOR NEUROLOGICE

Activităţi:
- asigurarea, prin farmaciile cu circuit închis, a tratamentului pentru bolnavii cu scleroză multiplă.
Pentru a beneficia de tratament bolnavii trebuie să îndeplinească criteriile de includere prevăzute în ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora.
Indicatori de evaluare:
1) **indicatori fizici:**
- număr de bolnavi cu scleroză multiplă trataţi/an: 5.106;
2) **indicatori de eficienţă:**
- cost mediu/bolnav cu scleroză multiplă tratat/an: 32.036 lei.
Natura cheltuielilor programului:
- cheltuieli pentru medicamente specifice.
Unităţi care derulează programul:
a) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti - Clinica de neurologie;
b) Spitalul Clinic Militar Central de Urgenţă "Dr. Carol Davila" Bucureşti - Clinica de neurologie;
c) Spitalul Clinic Colentina - Clinica de neurologie;
d) Spitalul Clinic Universitar Elias - Clinica de neurologie;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
f) Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;
g) Spitalul de Urgenţă "Prof. Agrippa Ionescu" - Clinica de neurologie;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timiş - Clinica de neurologie;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj - Clinica de neurologie;
j) Institutul Clinic Fundeni - Clinica de neurologie;
k) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" Bucureşti;

l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
m) Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova;
n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Constanţa;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
p) Spitalul Militar de Urgenţă "Dr. Constantin Papilian" Cluj;
q) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
r) Spitalul Clinic de Psihiatrie şi Neurologie Braşov;
s) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Galaţi;
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
t) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bistriţa;
ţ) Spitalul Municipal de Urgenţă Moineşti;

PROGRAMUL NAŢIONAL DE TRATAMENT AL HEMOFILIEI ŞI TALASEMIEI

Activităţi:
1. asigurarea, în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a medicamentelor specifice pentru prevenţia şi tratamentul accidentelor hemoragice ale bolnavilor cu hemofilie congenitală (hemofilia A şi B, boala von Willebrand), hemofilie dobândită, deficit congenital de factor VII şi trombastenie Glanzmann;
2. asigurarea, în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, respectiv asigurarea în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit deschis (doar medicamentele cu administrare orală), a tratamentului cu chelatori de fier pentru bolnavii cu talasemie.

Criterii de eligibilitate:
Pentru a beneficia de tratament bolnavii trebuie să îndeplinească criteriile de includere prevăzute în ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:
a) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/ boală von Willebrand cu substituţie profilactică continuă/an: 233;
b) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/ boală von Willebrand cu substituţie profilactică intermitentă/ de scurtă durată/an: 325;
c) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/ boală von Willebrand cu tratament "on demand"/an: 577;
d) număr de bolnavi cu vârsta 1-18 ani cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu titru mare cu profilaxie secundară pe termen lung/an: 19;
e) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen scurt/intermitentă/an: 15;
f) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu tratament de oprire a sângerărilor/an: 64;
g) număr de bolnavi cu hemofilie congenitală cu şi fără inhibitori/boală von Willebrand, pentru tratamentul de substituţie în cazul intervenţiilor chirurgicale şi ortopedice/an: 65;
h) număr de bolnavi cu hemofilie dobândită simptomatică cu tratament de substituţie/an: 7;
i) număr de bolnavi cu talasemie/an: 211;
j) număr de bolnavi cu deficit congenital de factor VII/an: 10;
k) număr de bolnavi cu trombastenia Glanzmann/an: 10;

2) indicatori de eficienţă:
a) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/ boală von Willebrand cu substituţie profilactică continuă/an: 317.271 lei;
b) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituţie profilactică intermitentă/de scurtă durată/an: 167.500 lei;
c) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/ boală von Willebrand cu tratament "on demand"/an: 50.063 lei;
d) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen lung/an: 755.242 lei;
e) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu profilaxie secundară pe termen scurt/intermitentă/an: 574.979 lei;
f) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu inhibitori cu tratament de oprire a sângerărilor/an: 165.045 lei;
g) cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală cu/fără inhibitori/boală von Willebrand, pentru tratamentul de substituţie în cazul intervenţiilor chirurgicale şi ortopedice/an: 117.537 lei;

h) cost mediu/bolnav cu hemofilie dobândită cu tratament de substituţie/an: 296.720 lei;
i) cost mediu/bolnav cu talasemie/an: 50.579 lei;
j) cost mediu/bolnav cu deficit congenital de factor VII/an: 85.515,00 lei;
k) cost mediu/bolnav cu trombastenia Glanzmann/an: 48.830,00 lei.

Costurile medii reprezintă costurile medii/bolnav/an estimate la nivel naţional, costurile medii pentru fiecare bolnav fiind în concordanţă cu schema terapeutică stabilită conform prevederilor protocolului terapeutic al hemofiliei A şi B şi al bolii von Willebrand aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unităţi sanitare care derulează programul:

1. Tratamentul bolnavilor cu hemofilie care nu necesită intervenţii chirurgicale, precum şi al bolnavilor cu talasemie - unităţi sanitare care îndeplinesc criteriile din chestionarele de evaluare, prevăzute în anexa 16 F.2.

2. Tratamentul bolnavilor care necesită intervenţii chirurgicale:
a) Institutul Clinic Fundeni;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara
c) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
d) Spitalul Clinic Judeţean Craiova;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
f) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
h) Spitalul Clinic de Urgenţe pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi;
i) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
j) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
k) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;
3) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie;
4) farmacii cu circuit deschis - talasemie (medicamente cu administrare orală)

Notă: unităţile sanitare nominalizate la punctul 2 asigură medicamentele specifice necesare realizării intervenţiilor chirurgicale pentru bolnavii cu hemofilie şi în unităţile sanitare cu secţii sau compartimente de chirurgie/ortopedie care nu sunt nominalizate la acest punct.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE TRATAMENT PENTRU BOLI RARE

Activităţi:

1) asigurarea, în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis a medicamentelor specifice pentru:
a) tratamentul bolnavilor cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme cronice (polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă, neuropatie motorie multifocală cu bloc de conducere, neuropatie demielinizantă paraproteinică, sindroame neurologice paraneoplazice, miopatie inflamatorie, scleroză multiplă - forme cu recăderi şi remisiuni la copii sub 12 ani, encefalita Rasmussen) şi forme acute - urgenţe neurologice (poliradiculonevrite acute, sindrom Guillain-Barre, miastenia - crize miastenice);
b) tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă;
c) tratamentul bolnavilor cu boala Pompe;
d) tratamentul bolnavilor cu tirozinemie;
e) tratamentul bolnavilor cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter);
f) tratamentul bolnavilor cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler);
g) tratamentul bolnavilor cu afibrinogenemie congenitală;
h) tratamentul bolnavilor cu sindrom de imunodeficienţă primară;
i) tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă;
j) tratamentul sclerozei sistemice şi ulcerelor digitale evolutive;
k) tratamentul hiperfenilalaninemiei la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4);
l) tratamentul sclerozei tuberoase;
m) tratamentul bolnavilor cu HTAP;
n) *** Abrogată prin O. nr. 373/2022 de la data de 15 iunie 2022.
o) tratamentul bolnavilor adulţi cu boala Castelman;
p) mucopolizaharidoză tip IV A (sindromul Morquio);
q) tratamentul afecţiunii de deficit de tripeptidil peptidază 1 (TPP1);
r) tratamentul bolnavilor cu amiloidoză cu transtiretină;
s) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa);
ş) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)".
2) asigurarea, în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit deschis a medicamentelor specifice pentru:
a) tratamentul bolnavilor cu scleroză laterală amiotrofică;

b) tratamentul bolnavilor cu mucoviscidoză;
c) tratamentul bolnavilor cu Sindrom Prader Willi;
d) tratamentul bolnavilor cu fibroză pulmonară idiopatică
e) tratamentul bolnavilor cu distrofie musculară Duchenne
f) tratamentul bolnavilor cu angioedem ereditar
g) tratamentul bolnavilor cu neuropatie optică ereditară Leber
h) limfangioleiomiomatoză
3) asigurarea, în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis a materialelor sanitare pentru tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă;
4) asigurarea în spital a tijelor telescopice pentru bolnavii cu osteogeneză imperfectă;
5) asigurarea în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, respectiv asigurarea în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit deschis, a medicamentelor specifice pentru:
a) purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică;
b) boala Fabry
6) asigurarea în spital prin farmaciile cu circuit închis, respectiv asigurarea în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit deschis, după caz, a medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu atrofie musculară spinală.

Criterii de eligibilitate

- pentru a beneficia de tratament bolnavii trebuie să îndeplinească criteriile de includere prevăzute în ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora.

Indicatori de evaluare:

1) **indicatori fizici:**
a) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/ inflamator-imune forme cronice/an: 285;
b) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/ inflamator-imune forme acute - urgenţe neurologice/an: 254;
c) număr de bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică/an: 767;
d) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (medicamente)/an: 13;
d.1) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice)/an: 10;
e) număr de bolnavi cu boala Fabry/an: 45;
f) număr de bolnavi cu boala Pompe/an: 11;
g) număr de bolnavi cu tirozinemie/an: 3;
h) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter)/an: 17;
i) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler)/an: 7;
j) număr de bolnavi cu afibrinogenemie congenitală/an: 1;
k) număr de bolnavi cu sindrom de imunodeficienţă primară/an: 217;
l) număr de bolnavi cu HTAP/an: 545;
m) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (adulţi)/an: 249;
n) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (copii)/an: 464;
o) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă - medicamente/ an: 90;
p) număr de bolnavi cu sindromul Prader Willi/an: 38;
q) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă - materiale sanitare/an: 92;
r) număr de bolnavi cu amiloidoză cu transtiretină/an:
r.1) cu afectare neurologică/an: 23;
r.2) cu afectare cardiacă sau formă mixtă/an: 28;
s) număr de bolnavi cu scleroză sistemică şi ulcere digitale evolutive/an: 181;
ş) număr de bolnavi cu purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică/an: 501;
t) număr de bolnavi cu hiperfenilalaninemie care au fost diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)/an: 19;
ţ) număr de bolnavi cu scleroză tuberoasă/an: 74;
u) număr de bolnavi cu fibroză pulmonară idiopatică/an: 262;
v) număr de bolnavi cu distrofie musculară Duchenne/an: 30;
w) număr de bolnavi cu angioedem ereditar/an: 130;
x) număr de bolnavi cu neuropatie optică ereditară Leber/an: 11;
y) număr de bolnavi cu atrofie musculară spinală/an: 230;
z) număr de bolnavi cu boala Castelman/an: 10;
aa) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip IV A (sindromul Morquio)/an: 3;
ab) număr de bolnavi cu deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1)/an: 3;
ac) număr de bolnavi cu limfangioleiomiomatoză/an: 14;
ad) număr de bolnavi cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)/an: 15;
ae) număr de bolnavi cu hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)/an: 16;

2) **indicatori de eficienţă:**
a) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/ inflamator-imune, forme cronice/an: 63.928 lei;
b) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/ inflamator-imune, forme acute - urgenţe neurologice/an: 44.804 lei;
c) cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică/an: 2.601 lei;
d) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (medicamente)/an: 451 lei;
d.1) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă (tije telescopice)/an: 23.807 lei;
e) cost mediu/bolnav cu boala Fabry/an: 588.270 lei*);
f) cost mediu/bolnav cu boala Pompe/an: 1.229.511 lei*);
g) cost mediu/bolnav cu tirozinemie/an: 157.720 lei;
h) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter)/an: 1.236.124 lei*);
i) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler)/an: 658.673 lei*);
j) cost mediu/bolnav cu afibrinogenemie congenitală/an: 74.716 lei;
k) cost mediu/bolnav cu sindrom de imunodeficienţă primară/an: 71.772 lei*);
l) cost mediu/bolnav HTAP/an: 51.723 lei;
m) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (adulţi)/an: 126.667 lei;
n) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (copii)/an: 130.335 lei;
o) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă - medicamente/an: 712 lei;
p) cost mediu/bolnav cu boala Prader Willi/an: 13.365 lei;
q) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă - materiale sanitare/an: 18.163 lei;
r) cost mediu/bolnav cu amiloidoză cu transtiretină/an:
r.1) cu afectare neurologică/an: 804.823 lei;
r.2) cu afectare cardiacă sau formă mixtă/an: 700.000 lei;
s) cost mediu/bolnav cu scleroză sistemică şi ulcerele digitale evolutive/an: 11.754 lei;
ş) cost mediu/bolnav cu purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică/an: 75.018 lei*);
t) cost mediu/bolnav cu hiperfenilalaninemie care a fost diagnosticat cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4)/an: 132.718 lei*);
ţ) cost mediu/bolnav cu scleroză tuberoasă/an: 120.703 lei*);
u) cost mediu/bolnav cu fibroză pulmonară idiopatică/an: 67.577 lei;
v) cost mediu/bolnav cu distrofie musculară Duchenne/an: 1.493.010 lei*);
w) cost mediu/bolnav cu angioedem ereditar/an: 155.432 lei*);
x) cost mediu/bolnav cu neuropatie optică ereditară Leber/an: 236.848,08 lei;
y) cost mediu/bolnav cu atrofie musculară spinală/an: 1.410.340,00 lei*);
z) cost mediu/bolnav cu boala Castelman/an: 210.783 lei*);
aa) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip IV A (sindromul Morquio)/an: 1.496.555 lei;
ab) cost mediu/bolnav cu deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1)/an: 2.611.361 lei;
ac) cost mediu/bolnav cu limfangioleiomiomatoză/an: 11.163 lei;
ad) cost mediu/bolnav adult/copil cu greutate > 40 kg cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)/an: 1.797.313,10 lei*);
ae) cost mediu/bolnav copil cu greutate < 40 kg cu sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)/an: 731.179,65 lei*);
af) cost mediu/bolnav cu hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)/an: 1.209.101,54 lei;
ag) cost mediu/bolnav cu atrofie musculară spinală - Zolgensma (Onasemnogen Abeparvovec): 10.342.047,17 lei.

_____
*) Costul prevăzut la lit. e), f), h), i), k), ş), t), ţ), v), w), y), z), ad) şi ae) reprezintă costul mediu/bolnav la nivel naţional, iar repartizarea sumelor se realizează pentru fiecare bolnav în funcţie de doza necesară recomandată individual.

Natura cheltuielilor programului:
- cheltuieli pentru medicamente specifice;
- materiale sanitare specifice pentru bolnavii cu epidermoliză buloasă şi bolnavii cu osteogeneză imperfectă.

Unităţi care derulează programul:
1) boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme cronice:
a) Institutul Naţional de Neurologie şi Boli Neurovasculare Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Institutul Clinic Fundeni;
d) Spitalul Clinic Colentina;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi;
f) Spitalul de Recuperare Iaşi;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
j) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinica neurologie pediatrică;
k) Spitalul de Urgenţă "Prof. dr. Agrippa Ionescu";

l) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
n) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;
o) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" - Constanţa;
r) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;
s) Spitalul Militar de Urgenţă "Dr. Constantin Papilian" Cluj;
ş) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
t) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" - Galaţi;
ţ) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piatra-Neamţ;
u) Spitalul Judeţean Miercurea-Ciuc;
v) Centrul naţional medical clinic de recuperare neuropsihomotorie pentru copii "dr. Nicolae Robănescu" Bucureşti;
w) Spitalul Municipal "Sf. Doctori Cosma şi Damian" Rădăuţi;
x) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;

2) boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgenţe neurologice:
a) Institutul Naţional de Neurologie şi Boli Neurovasculare Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
d) Spitalul Clinic Colentina;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
i) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinică neurologie pediatrică;
j) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
k) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
m) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
n) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" - Constanţa;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" - Galaţi;
q) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;
r) Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila;
s) Spitalul Militar de Urgenţă "Dr. Constantin Papilian" Cluj;
ş) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
t) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
ţ) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piatra-Neamţ;
u) Spitalul Judeţean Miercurea-Ciuc;
v) Centrul naţional medical clinic de recuperare neuropsihomotorie pentru copii "dr. Nicolae Robănescu" Bucureşti;
w) Spitalul Municipal "Sf. Doctori Cosma şi Damian" Rădăuţi;
x) Spitalul Judeţean de Urgenţă Slobozia;
y) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;

3) scleroză laterală amiotrofică:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

4) osteogeneza imperfectă:
- medicamente:
a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu", Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie", Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
- tije telescopice:
a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
d) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;

5) boala Fabry:
a) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" - Constanţa;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti - Secţia clinică neurologie;
c) Spitalul Judeţean de Urgenţă Focşani;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj - Clinica de nefrologie;
e) Spitalul Clinic "Dr. C. I. Parhon" Iaşi;
f) Spitalul Clinic Judeţean Ilfov "Sfinţii împăraţi Constantin şi Elena";
g) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;

h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
i) Institutul Clinic Fundeni;
j) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
l) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Alexandria;
n) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
o) Spitalul Municipal de Urgenţă "Elena Beldiman" Bârlad;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
r) Spitalul Municipal de Urgenţă Roman;
s) Spitalul de Pediatrie Piteşti;
ş) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Luis Ţurcanu" Timişoara;
t) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brînzeu" Timişoara;
ţ) Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
6) boala Pompe:
a) Spitalul Judeţean de Urgenţă Ialomiţa;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
d) Spitalul Militar de Urgenţă "Regina Maria" Braşov;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara;
h) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
i) Spitalul Clinic "Dr. C.I. Parhon" Iaşi;
j) Spitalul Judeţean de Urgenţă Reşiţa;
k) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie", Bucureşti.
7) tirozinemia:
a) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
b) Spitalul Municipal Caracal;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa "Sfântul Apostol Andrei";
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Luis Ţurcanu" Timişoara;
f) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;
8) mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter):
a) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
b) Spitalul Municipal Caritas - Roşiorii de Vede;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad
d) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
e) Spitalul Clinic de Copii Braşov;
f) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
g) Spitalul Judeţean de Urgenţă Sf. Gheorghe;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
i) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
k) Spitalul de Pediatrie Piteşti;
l) Spitalul Clinic de Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
m) Spitalul de Pediatrie Ploieşti;
n) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă Alexandria;
q) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgovişte;
r) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
s) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Ioan" - Galaţi;
ş) Spitalul Municipal Câmpulung Moldovenesc;
t) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Brăila;
9) mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler):
a) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
c) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Fogolyan Kristof" Sfântu Gheorghe;
d) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;
e) Spitalul Orăşenesc Bolintin-Vale;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
g) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
h) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;

10) afibrinogenemie congenitală:
a) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
11) sindrom de imunodeficienţă primară:
a) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca;
b) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
c) Spitalul Judeţean Bacău;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
g) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
h) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;
i) Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău;
j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
k) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
l) Spitalul Clinic de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
m) *** Abrogată prin O. nr. 180/2023 de la data de 23 februarie 2023.
n) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgu Jiu;
o) Spitalul Judeţean de Urgenţă Buzău;
p) Spital Clinic de Copii Braşov;
q) Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti;
r) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;
s) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Prof. Dr. Louis Ţurcanu" Timişoara;
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
t) Spitalul Judeţean de Urgenţă Buzău;
ţ) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
v) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
w) Spitalul Judeţean de Urgenţă Miercurea-Ciuc;
x) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bacău;
12) mucoviscidoza:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
13) epidermoliza buloasă - medicamente şi materiale sanitare specifice:
a) Spitalul Clinic Colentina;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
d) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj; Spitalul Clinic Judeţean Mureş;
14) hipertensiune arterială pulmonară:
a) pentru copii:
a.1) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
a.2) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
a.3) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
a.4) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C. C. Iliescu" Bucureşti;
a.5) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
a.6) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
a.7) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
a.8) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" - Bucureşti.
b) pentru adulţi:
b.1) Institutul de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta" Bucureşti;
b.2) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu";
b.3) Spitalul Clinic de Pneumologie Iaşi;
b.4) Spitalul de Boli Infecţioase şi Pneumologie "Victor Babeş" Timişoara;
b.5) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
b.6) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu-Mureş;
b.7) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
b.8) *** Abrogată prin O. nr. 729/2023 de la data de 15 septembrie 2023.
b.9) Spitalul Clinic de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
b.10) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias - Bucureşti;
b.11) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş.
15) Sindromul Prader Willi:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
16) Amiloidoză cu transtiretină:
a) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

c) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
d) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu";
e) Spitalul Clinic de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
f) Institutul Inimii de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
h) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
i) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" Bucureşti;
j) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
m) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş;
n) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
o) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I. M. Georgescu" Iaşi;
17) Scleroza sistemică şi ulcerele digitale evolutive:
a) Spitalul Clinic Sfânta Maria Bucureşti;
b) Spitalul Clinic Dr. Ioan Cantacuzino Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Colentina;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
f) Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
i) Centrul de boli reumatismale "Dr. Ion Stoia" - Bucureşti;
j) *** Abrogată prin O. nr. 729/2023 de la data de 15 septembrie 2023.
k) Spitalul Judeţean de Urgenţă Miercurea-Ciuc.
18) Purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică:
a) farmacii cu circuit deschis.
b) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Colţea Bucureşti;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
e) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;
f) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
h) Spitalul Municipal Ploieşti;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
j) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
k) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
l) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
n) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Focşani;
o) Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
q) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;
r) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
s) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
ş) Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti;
t) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Constanţa;
ţ) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M.S. Curie" - Bucureşti;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
v) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bistriţa;
w) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Andreoiu" Ploieşti;
x) Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila;
y) Spitalul Judeţean de Urgenţă Vâlcea;
z) Spitalul Municipal Odorheiu Secuiesc;
aa) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piatra-Neamţ;
ab) Spitalul Judeţean de Urgenţă Reşiţa;
ac) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;
ad) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
ae) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Fogolyan Kristof" Sf. Gheorghe;
af) Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău;
ag) Spitalul Judeţean de Urgenţă Vaslui;
ah) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
ai) Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare;
aj) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Braşov;
ak) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
19) Hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină

(BH4):
a) Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
f) Spitalul Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
g) Institutul Naţional de Diabet, Nutriţie şi Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucureşti.
20) Scleroza tuberoasă:
a) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" Bucureşti;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Institutul Clinic Fundeni;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara;
f) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii - Braşov;
g) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;
h) Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu;
i) Spitalul Clinic C. I. Parhon Iaşi;
j) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
k) Spitalul Judeţean Miercurea-Ciuc;
l) Spitalul Clinic de Psihiatrie şi Neurologie Braşov;
21) Fibroză pulmonară idiopatică:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
22) Distrofie musculară Duchenne:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări.
23) Angioedem ereditar:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări.
24) Neuropatie optică ereditară Leber:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări.
25) Atrofie musculară spinală:
a) Centrul naţional medical clinic de recuperare neuropsihomotorie pentru copii "dr. Nicolae Robănescu" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;
c) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia" Bucureşti;
d) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
e) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
f) Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu;
g) Institutul Clinic Fundeni;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" - Constanţa;
i) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" Bucureşti;
j) Spitalul Clinic Căi Ferate - Timişoara;
k) Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara;
n) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. N. Oblu" Iaşi;
26) Boala Castelman:
a) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuţă" - Cluj-Napoca;
b) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
c) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
d) Spitalul Clinic Colţea Bucureşti;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu.
27) Mucopolizaharidoză tip IVA (sindromul Morquio):
a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
b) Spitalul Clinic "Dr. Ioan Cantacuzino" Bucureşti;
28) Deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1):
- Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia Bucureşti";
29) Hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN):
a) Asociaţia Oncohelp - Timişoara;
b) Institutul Clinic Fundeni - Bucureşti;
c) Spitalul Universitar de Urgenţă - Bucureşti;
d) Spitalul Clinic Colentina - Bucureşti;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
f) *** Abrogată prin O. nr. 589/2022 de la data de 7 septembrie 2022.
g) S.C. ONCO CARD - S.R.L. Braşov;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;

i) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
j) Spitalul Clinic Colţea Bucureşti;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
l) Spitalul Clinic Municipal Filantropia Craiova;
m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
n) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu.

30) Sindromul hemolitic uremic atipic (SHUa):
a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
b) Institutul Clinic Fundeni - Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţe pentru Copii "Sf. Maria" Iaşi;
d) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
e) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brînzeu" Timişoara;
g) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" - Constanţa;
j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
k) Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
m) Spitalul Clinic "Dr. C. I. Parhon" Iaşi;
n) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan" Bucureşti;
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;

PROGRAMUL NAŢIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Obiective:
a) asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodependenţă, precum şi testarea metaboliţilor stupefiantelor la aceştia;
b) acordarea serviciilor conexe persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;
c) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu tulburare depresivă majoră.

Structură:
1. Subprogramul naţional de tratament al bolnavilor cu toxicodependenţă, precum şi de testare a metaboliţilor stupefiantelor;
2. Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;
3. Subprogramul naţional de tratament al bolnavilor cu tulburare depresivă majoră.

Subprogramul naţional de tratament al bolnavilor cu toxicodependenţă, precum şi de testare a metaboliţilor stupefiantelor

Activităţi
a) asigurarea tratamentului de substituţie cu agonişti şi antagonişti de opiacee pentru persoane cu toxicodependenţă;
b) testarea metaboliţilor stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament şi pentru monitorizarea tratamentului.

Criterii de eligibilitate:

1. Pentru tratamentul de substituţie cu agonişti de opiacee:

Criterii de includere a bolnavilor:
a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare şi doar cu consimţământul scris al reprezentantului legal;
b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependenţă de opiacee;
c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină.

Criterii de orientare pentru includerea în tratamentul de substituţie:
a) afirmativ încercări repetate de întrerupere a consumului;
b) comportament de consum cu risc;
c) HIV/SIDA;
d) femei însărcinate;
e) comorbidităţi psihiatrice;
f) comorbidităţi somatice;
g) polidependenţă.

Criterii de excludere a bolnavilor:
a) nerespectarea îndeplinirii recomandărilor medicale primite pe parcursul programului;

b) nerespectarea regulamentului de organizare internă al furnizorului de servicii medicale;
c) refuzul de a se supune testării pentru depistarea prezenţei drogurilor sau metaboliţilor acestora în urină ori de câte ori se solicită de către medicul său curant;
d) comportamente agresive fizice ori verbale;
e) falsificarea de reţete sau orice alt tip de document medical;
f) consumul şi traficul de droguri în incinta centrelor de tratament;
g) înscrierea simultană la mai multe unităţi sanitare care derulează programul de tratament de substituţie.

2. Pentru tratamentul de substituţie cu antagonişti de opiacee (naltrexonă):

Criterii de includere a bolnavilor:

a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare şi doar cu consimţământul scris al reprezentantului legal;
b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependenţă de opiacee;
c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină, urmat de o perioadă de abstinenţă între 7 şi 14 zile;
d) declaraţia bolnavului pentru abstinenţa totală la opiacee pe termen lung, cu semnarea unui consimţământ informat asupra riscurilor şi beneficiilor tratamentului cu naltrexonă.

Criterii de excludere a bolnavilor:

a) test pozitiv de opiacee;
b) semne şi simptome clinice de consum recent de opiacee;
c) semne clinice şi paraclinice de citoliză hepatică.

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

a) număr de bolnavi în tratament substitutiv/an: 1.282;
b) număr de teste pentru depistarea prezenţei drogurilor în urina bolnavilor/an: 13.238;

2. indicatori de eficienţă:

a) cost mediu/bolnav cu tratament de substituţie/an: 2.074 de lei;
b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină/an: 10 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru tratamentul de substituţie cu agonişti şi antagonişti de opiacee pentru persoane cu toxicodependenţă;
- cheltuieli pentru teste pentru depistarea prezenţei drogurilor în urina bolnavilor.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsuri de Siguranţă Jebel;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca - Secţia clinică psihiatrie III acuţi - Compartiment toxicomanie;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca - Secţia toxicomanie copii;
d) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Al. Obregia" Bucureşti;
e) Centrul de evaluare şi tratament al toxicodependenţilor tineri "Sfântul Stelian" Bucureşti;
f) Institutul Naţional de Boli Infecţioase "Prof. Dr. Matei Balş" Bucureşti;
g) Penitenciarul Spital Rahova.

NOTĂ:
Implementarea activităţilor din cadrul Programului naţional de sănătate mintală se realizează cu respectarea metodologiei elaborate de către Centrul Naţional de Sănătate Mintală şi Luptă Antidrog, cu avizul Comisiei de psihiatrie şi psihiatrie pediatrică a Ministerului Sănătăţii.

Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist*)

*) Începând cu data de 01.10.2023 şi până la data de 31 martie 2024, persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist pot beneficia pentru tratamentul tulburărilor din spectrul autist de servicii conexe din cadrul pachetului de servicii de bază din ambulatoriul clinic de specialitate, dacă nu beneficiază de servicii ce fac obiectul subprogramului. (a se vedea art. IV din O. nr. 774/2023, astfel cum a fost modificat prin O. nr. 1.230/2023)

Activităţi

- acordarea serviciilor conexe actului medical pentru persoanele (adulţi şi copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv servicii de psihoterapie şi/sau consiliere psihologică clinică şi/sau consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie prin utilizarea de intervenţii validate ştiinţific în tulburări din spectrul autist, inclusiv elaborarea unui plan de intervenţie personalizat pentru fiecare bolnav care să conţină cel puţin elementele prevăzute în anexa nr. 151, pentru fiecare tip de serviciu acordat, la iniţierea terapiei şi la evaluările efectuate din 6 în 6 luni; timpul alocat întocmirii unui plan de intervenţie personalizat este de 2 şedinţe pentru fiecare bolnav şi pentru fiecare tip de serviciu din cuantumul numărului maxim de şedinţe de psihoterapie şi/sau consiliere psihologică clinică şi/sau consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie de care poate beneficia un bolnav în decursul unei luni.

NOTĂ:
Numărul maxim de şedinţe de psihoterapie şi/sau consiliere psihologică clinică şi/sau consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie de care poate beneficia un bolnav care îndeplineşte criteriile de eligibilitate pentru acordarea acestor servicii conexe este de 40/42/44/lună, după caz.

Criterii de eligibilitate:
Persoanele (adulţi şi copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de către medicul psihiatru/psihiatru pediatru
Criterii de excludere:
Lipsa de complianţă a persoanelor (adulţi şi copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist la serviciile conexe actului medical acordate în cadrul acestui subprogram, constatată către medicul psihiatru/psihiatru pediatru, psiholog/logoped, după caz
Indicatori de evaluare:
1. indicatori fizici:
a) număr de copii diagnosticaţi cu tulburări din spectrul autist beneficiari de servicii conexe/an: 13.471;
b) număr de adulţi diagnosticaţi cu tulburări din spectrul autist beneficiari de servicii conexe/an: 2.660;
2. indicatori de eficienţă:
- tarif/şedinţă de psihoterapie/de consiliere psihologică clinică/de consiliere sau intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie: 135 de lei

NOTĂ:
Durata şedinţei de psihoterapie/de consiliere psihologică clinică/de consiliere sau intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie este de 50 de minute.

Natura cheltuielilor subprogramului:
- cuprinde toate cheltuielile necesare realizării serviciilor conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv serviciilor de psihoterapie şi/sau consiliere psihologică clinică şi/sau consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie prin utilizarea de intervenţii validate ştiinţific în tulburări din spectrul autist, inclusiv întocmirea planului de intervenţie personalizat pentru fiecare bolnav şi tip de serviciu, precum şi documentele eliberate în strânsă legătură şi în vederea efectuării serviciului conex respectiv.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE BOLI ENDOCRINE

Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză;
Activităţi:
- asigurarea în spital şi în ambulatoriu a medicamentelor specifice pentru tratamentul osteoporozei
Criterii de eligibilitate:
1. Pacienţi (femei în postmenopauză sau bărbaţi peste 50 de ani) diagnosticaţi cu osteoporoză: scor T mai mic sau egal cu - 2,5 DS;
2. Pacienţi cu fractură osteoporotică vertebrală sau de şold;
3. Pacienţi cu scor T între -1 şi -2,5 DS şi fractură de fragilitate la nivelul humerusului (în zona proximală), pelvis, antebraţ;
4. Pacienţi cu scor T între -1 şi -2,5 DS şi probabilitate mare de fractură majora osteoporotică (prin calcularea FRAX-ului) peste limita superioară a intervalului de risc echivalent cu prezenţa unei fracturi de fragilitate (calculată prin simulare pe FRAX sau vezi tabelul 1 coloana risc crescut).

NOTĂ:
1. Pentru eligibilitate este suficientă îndeplinirea unuia dintre cele patru criterii. Eligibilitatea se verifică anual.
2. FRAX® estimează o probabilitate la 10 ani de fractură de şold şi osteoporotică majora (şold, coloană vertebrală, humerus sau antebraţ). Scorul FRAX se va calcula incluzând densitatea minerală osoasă la nivelul şoldului şi factorii de risc clinici în calculatorul disponibil pe pagina de web:
https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=ro sau tabelele disponibile pe pagina:
https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/charts. aspx? lang=ro

Tabelul 1.

Categoria de vârstă (ani)	PROBABILITATE CRESCUTĂ DE FRACTURĂ BAZATĂ PE FRAX (riscul calculat pentru fractura majoră osteoporotică este mai mare sau egal cu valoarea categoriei de vârstă)
50 - 54	5,8
55 - 60	7,1
60 - 64	8,7
65 - 69	10

70 - 74	12
75 - 79	13
80 - 84	14
peste 85	12

Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
- număr de bolnavi cu osteoporoză trataţi/an: 2.528;
2) indicatori de eficienţă:
- cost mediu/bolnav cu osteoporoză tratat/an: 309 lei.
Natura cheltuielilor programului:
- cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului bolnavilor cu osteoporoză
Unităţi care derulează programul:
a) Institutul Naţional de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă Elias Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sfântul Spiridon" Iaşi;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
f) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
i) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;
j) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
k) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
l) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
n) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piatra Neamţ;
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
q) Spitalul Judeţean de Urgenţă Sfântu Gheorghe;
r) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgu Jiu;
s) Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău;
ş) Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila;
t) Spitalul Judeţean de Urgenţă Baia Mare;
ţ) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Mavromati" Botoşani;
u) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bistriţa-Năsăud;
v) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;
x) Spitalul Municipal Câmpulung Muscel;
y) Spitalul de Cardiologie Covasna;
z) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
aa) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Andreoiu" Ploieşti;
ab) Spitalul Judeţean de Urgenţă Miercurea Ciuc;
ac) *** Abrogată prin O. nr. 104/2023 de la data de 23 februarie 2023.
ad) Spitalul Judeţean de Urgenţă Slatina;
ae) Spitalul SC Pelican Impex SRL Oradea;
af) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
ag) Spitalul Judeţean de Urgenţă Alba Iulia.

2. Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferării maligne

Activităţi:
- asigurarea în spital şi în ambulatoriu a medicamentelor specifice pentru tratamentul bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferării maligne
Criterii de eligibilitate:
I. pentru bolnavii cu guşă datorată carenţei de iod:
a) Criteriul de includere al terapiei cu Metilprednisolon iv: Oftalmopatie Graves activă.
b) Criteriul de includere al terapiei cu Metimazol: hipertiroidism clinic sau subclinic.
c) Criteriul de includere al terapiei cu Levotiroxină: hipotiroidism clinic manifest sau subclinic.
d) Criterii pentru administrarea radioiod la pacienţii cu hipertiroidie: hipertiroidie controlată terapeutic medicamentos
II. pentru bolnavii cu guşă datorată proliferării maligne:
a) terapia cu ^{131}I a bolnavilor cu cancer tiroidian diferenţiat din celula foliculară:
a.l. tiroidectomia totală/cvasitotală
a.2. diagnostic de carcinom tiroidian diferenţiat din celula foliculară
a.3. TSH > 30 µUI/ml după întreruperea tratamentului TSH supresiv sau TSH > 25 µUI/ml după

administrarea tireotropinei alfa
a. 4. grup de risc care să justifice radioiodoterapia*)

_____
*) administrarea unei doze terapeutice de ^{131}I poate fi evitată în următoarele situaţii histopatologice de carcinom tiroidian:

1. Carcinom papilar tiroidian focar încapsulat cu dimensiuni > 1 cm caracterizat cumulativ, după cum urmează:
- Fără metastaze locale sau la distanţă
- Rezecţie macroscopică completă
- Fără invazie în ţesuturile loco-regionale
- Forma histologică fără agresivitate**)
- Fără invazie vasculară
- Dacă se face: fără captare a ^{131}I în afara patului tiroidian
- Histologic < 5 arii de microinvazie (cel mai mare diametru < 0,2 cm)
2. Carcinom papilar tiroidian tip "variantă foliculara" - încapsulat
3. Carcinom folicular tiroidian bine diferenţiat intratiroidian cu invazie capsulară, fără sau cu minimă invazie vasculară (< 4 focare)
4. Microcarcinom papilar uni- sau multifocal intratiroidian

_____
**) Forme histopatologice agresive de cancer tiroidian: carcinomul papilar cu celule înalte, carcinomul papilar cu celule de tip oxifil, carcinomul de tip insular, carcinomul papilar cu celule columnare, carcinomul papilar de tip sclerozant carcinomul cu celule Hürthle, carcinomul folicular tiroidian.

b) terapie cu Tirotropin alfa la bolnavii cu cancer tiroidian diferenţiat din celula foliculară
b.1. tiroidectomia totală/cvasitotală
b.2. diagnostic de carcinom tiroidian diferenţiat, cu excepţia carcinomului medular
b.3. în scop diagnostic pentru monitorizarea tiroglobulinei serice, urmată sau nu de administrarea unei doze de investigaţie de ^{131}I
b.4. în scop terapeutic: terapie adjuvantă în cadrul tratamentului ablativ la pacienţi la care nu există suspiciunea de determinări secundare la distanţă, urmată de administrarea unei doze terapeutice de ^{131}I
b.5. pacienţii cu carcinom tiroidian diferenţiat cu orice nivel de risc cu comorbidităţi semnificative:
- o afecţiune medicală (detresă respiratorie, compromiterea sistemului nervos central, agravarea insuficienţei cardiace congestive, agravarea unei boli coronariene) sau psihiatrică semnificativă care ar putea fi exacerbată de hipotiroidism sau incapacitatea de creştere a TSH-ului endogen prin oprirea tratamentului hormonal TSH supresiv/substitutiv (cauză hipofizară).
Criterii de excludere:
Absolute:
- Sarcina
- Alăptarea
Precauţii
- Depresia măduvei osoase (la administrarea de doze mari)
- Restricţia funcţiei pulmonare (la pacienţii cu metastaze pulmonare iodofixante)
- Adenosialita radică
- Prezenţa unor simptome neurologice datorate efectului compresiv prin inflamaţia locală şi edemul leziunilor metastatice provocate de administrarea radioiodului.
Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
a) număr de bolnavi cu guşă datorată carenţei de iod trataţi/an: 2.830;
b) număr de bolnavi cu guşă datorată proliferării maligne trataţi/an: 951;
2) indicatori de eficienţă:
a) cost mediu/bolnav cu guşă datorată carenţei de iod/an: 12 lei;
b) cost mediu/bolnav cu guşă datorată proliferării maligne/an: 1.337 lei.
Natura cheltuielilor programului:
- cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferării maligne
Unităţi care derulează programul:
a) Institutul Naţional de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sfântul Spiridon" Iaşi;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă Elias Bucureşti;
d) Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucureşti;
e) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti.
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara;
h) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;

i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
j) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti;
k) Spitalul Judeţean de Urgenţă Brăila;
l) Spitalul Judeţean de Urgenţă Bacău;
m) Spitalul Judeţean de Urgenţă Deva;
n) Spitalul SC Pelican Impex SRL Oradea;
o) Institutul Regional de Oncologie Iaşi;

PROGRAMUL NAŢIONAL DE ORTOPEDIE

Activităţi:
- asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecţiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare primare şi de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic şi ciment ortopedic cu/fără antibiotic, asigurarea endoprotezelor articulare tumorale specifice tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizometafizare de cauză tumorală sau netumorală, pentru tratamentul prin implant segmentar de coloană al bolnavilor cu diformităţi de coloană pentru prevenirea insuficienţei cardio-respiratorii, precum şi pentru tratamentul prin chirurgie spinală pentru bolnavii cu patologie tumorală degenerativă sau traumatică, pentru tratamentul copiilor cu malformaţii grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică, asigurarea de implanturi de fixare pentru tratamentul instabilităţilor articulare cronice şi asigurarea materialelor sanitare specifice pentru corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil;
- obligativitatea unităţilor sanitare de a comunica datele către Registrul naţional de endoprotezare conform formularelor standardizate cu caracter de obligativitate în cadrul RNE.

Criterii de eligibilitate:
1) Tratamentul prin endoprotezare:
a) ortopedie pediatrică:
- bolnavi copii cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulaţiilor periferice;
- bolnavi copii cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;
- bolnavi copii cu sechele după luxaţie congenitală de şold cu anchiloza precoce a articulaţiilor afectate;
- bolnavi copii cu sechele după afecţiuni dobândite (Maladie Legg Calve Perthes, Epifizioliza);

b) ortopedia adultului:
- bolnavi tineri cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulaţiilor periferice;
- bolnavi tineri cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;
- bolnavii vârstei a treia care suferă de maladii degenerative invalidante;
- bolnavi în etate care fac fracturi de col femural, extremitatea superioară a humerusului sau cot.

2) Tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală:
a) ortopedie pediatrică:
- copii cu tumori osoase primitiv maligne;
- adolescenţi cu tumori osoase primitiv maligne;
- copii sau adolescenţi ce necesită revizie după o eventuală protezare primară efectuată în antecedente;

b) ortopedia adultului:
- adulţi tineri cu tumori osoase primitiv maligne, cu recidive după tumori benigne agresive sau alte cauze care au dus la pierderi osoase importante;
- adulţi în plină activitate cu tumori maligne primitiv osoase sau tumori maligne secundare, cu recidive după tumori benigne agresive, după revizii de endoproteze articulare primare cu distrucţii osoase importante sau alte cauze care au provocat distrucţii osoase importante.

Fiecare caz la care se indică tratamentul pierderilor osoase importante epifizometafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală se aprobă de către o comisie constituită din: medic operator titular, 2 medici ortopezi, medic anestezist; consult medic oncolog (funcţie de caz tumoral sau netumoral).

3) Tratamentul prin instrumentaţie segmentară de coloană:
a) ortopedie pediatrică:
- bolnavi copii şi adolescenţi cu diformităţi grave de coloană: scolioze, cifoze, cifoscolioze idiopatice;
- bolnavi copii cu afecţiuni posttraumatice ale coloanei vertebrale;
- bolnavi copii cu patologie tumorală a coloanei vertebrale;

b) ortopedia adultului:
- bolnavi tineri şi în vârstă cu diformităţi grave de coloană: scolioze, cifoze, cifoscolioze idiopatice sau congenitale, cu afectarea capacităţii respiratorii şi funcţiei cardiovasculare.

4) Tratamentul prin chirurgie spinală:
- bolnavi cu patologie degenerativă sau traumatică asociată cu risc major de invaliditate neurologică gravă şi permanentă.

5) Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică:

- bolnavi copii cu blocuri vertebrale;
- bolnavi copii cu hemivertebre;
- bolnavi copii cu alte afecţiuni congenitale ale coloanei vertebrale care necesită instrumentaţie specifică.

Fiecare caz cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică se aprobă de către o comisie constituită din: medic operator titular, 2 medici ortopezi, medic anestezist.

6) Tratamentul instabilităţilor articulare cronice pentru prevenirea degenerării articulare utilizând implanturi de fixare a neoligamentelor/refacerea structurilor de stabilitate:

- bolnavi majoritar activi din punct de vedere profesional, care manifestă fenomene de instabilitate articulară cronică şi/sau anomalii de biomecanică şi funcţionalitate articulară

7) Tratamentul instabilităţilor articulare cronice la copil, prin implanturi de fixare:

- bolnavi sub 18 ani cu instabilitate articulară a genunchiului (leziuni ligamentare, instabilitate femuro - patelară, leziuni meniscale sau cartilaginoase, devieri de ax ale genunchiului, deformări congenitale ale genunchiului ce duc la instabilitate articulară, etc.);
- bolnavi sub 18 ani cu instabilitate articulară a gleznei şi piciorului (leziuni sindesmotice, leziuni cartilaginoase, devieri de ax la nivelul gleznei şi piciorului, piciorul plat valg cu instabilitate deformări congenitale sau ale piciorului ce produc instabilitate articulară);
- bolnavi sub 18 ani cu instabilitate articulară la nivelul umărului (leziuni ligamentare sau deformări congenitale ce produc instabilitate articulară).

8) Tratamentul prin corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil:

- pacienţi sub 18 ani cu inegalitate de membre congenitală sau dobândită mai mare de 2 cm;
- pacienţi sub 18 ani cu inegalităţi sau/şi deviaţii de membre care produc afectarea calităţii vieţii;

Indicatori de evaluare:

1) **indicatori fizici:**

a) număr de copii cu afecţiuni articulare endoprotezaţi/an: 7;
b) număr de adulţi cu afecţiuni articulare endoprotezaţi/an: 19.346;
c) număr de copii cu endoprotezare articulară tumorală/an: 9;
d) număr de adulţi cu endoprotezare articulară tumorală/an: 28;
e) număr de copii cu implant segmentar/an: 44;
f) număr de adulţi cu implant segmentar/an: 243;
g) număr de adulţi trataţi prin chirurgie spinală/an: 546;
h) număr de copii cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică trataţi/an: 2;
i) număr de adulţi cu instabilitate articulară trataţi prin implanturi de fixare: 2.080;
j) număr de copii cu instabilitate articulară trataţi prin implanturi de fixare: 11;
k) număr de copii cu corectarea inegalităţi/diformităţi de membre/an: 40.

2) **indicatori de eficienţă:**

a) cost mediu/copil endoprotezat/an: 13.047 lei;
b) cost mediu/adult endoprotezat/an: 6.168 lei;
c) cost mediu/copil cu endoprotezare articulară tumorală/an: 45.345,00 lei;
d) cost mediu/adult cu endoprotezare articulară tumorală/an: 36.156 lei;
e) cost mediu/copil cu implant segmentar de coloană/an: 11.832 lei;
f) cost mediu/adult cu implant segmentar de coloană/an: 2.841 lei;
g) cost mediu/adult tratat prin chirurgie spinală/an: 1.808 lei;
h) cost mediu/copil cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică tratat/an: 11.992 lei;
i) cost mediu/adult cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare/an: 1.979 lei;
j) cost mediu/copil cu instabilitate articulară tratat prin implanturi de fixare/an: 4.532 lei;
k) cost mediu/copil cu inegalitate/diformităţi de membre tratat/an: 125.160 de lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli materiale sanitare specifice: necesare endoprotezării primare şi de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic şi ciment ortopedic cu/fără antibiotic, tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală, tratamentului prin instrumentaţie segmentară de coloană, tratamentului prin chirurgie spinală, tratamentului copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică, tratamentului instabilităţii articulare pentru prevenirea degenerării articulare utilizând implanturi de fixare şi tratamentului prin corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil.

Unităţi care derulează programul:

1) Tratamentul prin endoprotezare:

a) ortopedie pediatrică:

a.1) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
a.2) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
a.3) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi;
a. 4) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;

b) ortopedie adulţi:

b.1) unităţi sanitare cu secţii sau compartimente de profil raportoare/înscrise la RNE, care au îndeplinit

criteriile prevăzute în anexa 16 J.l;
b.2) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie.
2) Tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală:
a) ortopedie pediatrică:
a.1) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
a.2) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
a.3) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi;
a.4) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
a.5) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
a. 6) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
b) ortopedie adulţi:
b.1) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;
b.2) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
b.3) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;
b.4) Spitalul Clinic Colentina;
b.5) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
b.6) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
b.7) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias Bucureşti;
b.8) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
b.9) Spitalul Clinic Militar de Urgenţă "Victor Popescu" Timişoara;
b.10) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş.
3) Tratamentul prin implant segmentar de coloană:
a) ortopedie pediatrică:
a.1) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
a.2) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
a.3) *** Abrogată prin O. nr. 104/2023 de la data de 23 februarie 2023.
a.4) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Sfânta Maria" Iaşi;
a.5) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;
a.6) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti;
b) ortopedie adulţi:
b.1) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;
b.2) Spitalul Clinic Colentina;
b.3) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
b.4) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
b.5) Spitalul Clinic de Recuperare Iaşi;
b.7) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Bucureşti;
b.8) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
b.9) Spitalul Clinic Colentina;
b.10) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;
b.11) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti.
4) Tratamentul prin chirurgie spinală
a) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Nicolae Oblu" Iaşi;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
e) Spitalul Clinic Colentina;
f) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular "Foişor" Bucureşti;
g) S.C. Materna Care - S.R.L. - Timişoara;
h) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş.
5) Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică:
a) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru copii "M. S. Curie" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu" Bucureşti.
6) Tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare:
a) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Arad;
b) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov;
c) Spitalul Clinic C.F. Nr. 2 Bucureşti;
d) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
e) Spitalul Clinic Ort-Traum "Foişor" Bucureşti;
f) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar Arseni" Bucureşti;
g) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Pantelimon" Bucureşti;
h) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan" Bucureşti;
i) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti;
j) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;

k) Spitalul Universitar de Urgenţă "Elias" Bucureşti;
l) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central Bucureşti;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca;
n) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
o) Spitalul Militar de Urgenţă "Dr. Ct. Papilian" Cluj-Napoca;
p) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Constanţa;
q) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova;
r) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi;
s) Spitalul Clinic Judeţean Mureş;
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
t) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
ţ) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara Nr. 2;
u) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara Nr. 1;
v) Spitalul Militar de Urgenţă "Victor Popescu" Timişoara;
w) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. dr. Agrippa Ionescu";
x) Spitalul Militar de Urgenţă "Dr. Aristide Serfioti" Galaţi;
y) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
z) Spitalul de Urgenţă MAI "Prof. Dr. Dimitrie Gerota" Bucureşti;
aa) Spitalul S.C. Pelican Impex - S.R.L. Oradea;
ab) S.C. Delta Healthcare - S.R.L. Bucureşti;
ac) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
ad) *** Abrogată prin O. nr. 104/2023 de la data de 23 februarie 2023.
ae) S.C. Materna Care - S.R.L. - Timişoara;
af) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
ag) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
ah) Spitalul Judeţean de Urgenţă Vâlcea;
ai) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Andreoiu" Ploieşti;
aj) Centrul Medical Unirea - Spital Regina Maria - Cluj-Napoca;
ak) Spitalul Judeţean de Urgenţă Alba Iulia;
al) Spitalul Municipal Odorheiu Secuiesc;
am) S.C. Polaris Medical - S.R.L. Cluj;
7) Tratamentul instabilităţilor articulare cronice la copil, prin implanturi de fixare:
- Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti;

PROGRAMUL NAŢIONAL DE TRANSPLANT DE ORGANE, ŢESUTURI ŞI CELULE DE ORIGINE UMANĂ

Activităţi:
- asigurarea medicamentelor specifice necesare tratamentului în ambulatoriu al stării posttransplant pentru bolnavii transplantaţi;
- asigurarea medicamentelor specifice (imunoglobulină antihepatitică B) pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic.

Criterii de eligibilitate:
a) bolnavi cărora li s-a efectuat transplant şi necesită tratament posttransplant;
b) bolnavi cu transplant hepatic infectaţi cu VHB.

Indicatori de evaluare:
1) **indicatori fizici:**
a) număr de bolnavi trataţi pentru stare posttransplant/an: 4.791;
b) număr de bolnavi cu transplant hepatic trataţi pentru recidiva hepatitei cronice/an: 475;
2) **indicatori de eficienţă:**
a) cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant/an: 10.320 lei;
b) cost mediu/bolnav cu transplant hepatic tratat pentru recidiva hepatitei cronice/an: 23.855 lei.

Natura cheltuielilor programului:
a) cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului stării posttransplant;
b) cheltuieli pentru medicamente specifice (imunoglobulină antihepatitică B) tratamentului recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic.

Unităţi care derulează programul:
1) Tratamentul în ambulatoriu al stării posttransplant pentru bolnavii transplantaţi:
- farmacii cu circuit deschis, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

2) Tratamentul recidivei hepatitei cronice la bolnavii cu transplant hepatic:
- farmacii cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare incluse în lista unităţilor sanitare care implementează Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, pentru transplant hepatic:
a) Institutul Clinic Fundeni;

b) Spitalul Clinic "Sfânta Maria" - Bucureşti;
c) Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE SUPLEERE A FUNCŢIEI RENALE LA BOLNAVII CU INSUFICIENŢĂ RENALĂ CRONICĂ

Activităţi:
- asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializaţi de la şi la domiciliul bolnavilor, transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

Criterii de eligibilitate:
- bolnavi cu insuficienţă renală cronică în stadiul uremie, care necesită tratament substitutiv renal (FG < 15 mL/min/1,73 mp).

Hemodiafiltrarea intermitentă online este indicată următoarelor categorii de bolnavi:
a) la care ţintele de eficienţă a dializei (eKt/V ≥ 1,4 sau fosfatemie < 5,5 mg/dl) nu pot fi atinse timp de 3 luni consecutive;
b) tineri cu probabilitate mare de supravieţuire îndelungată prin dializă, dar cu şanse mici de transplant renal, din cauza comorbidităţilor asociate;
c) cu polineuropatie "uremică" care nu a putut fi corectată prin tratament corect prin hemodializă convenţională;
d) cu comorbidităţi cardiovasculare majore, diabet zaharat cu complicaţii sau obezitate severă.

Dializa peritoneală automată este indicată următoarelor categorii de bolnavi dializaţi peritoneal:
a) la care ţintele de eficienţă a dializei peritoneale ambulatorii (Kt/V uree > 1,7; clearance creatinină > 60 L/săptămână/1,73 m2; ultrafiltrat < 1.000 ml/24 de ore, absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu sunt atinse timp de 3 luni consecutive;
b) copii preşcolari, la care hemodializa şi dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificile şi grevate de posibile accidente şi complicaţii;
c) care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din cauza asocierii herniilor sau eventraţiilor abdominale;
d) elevi, studenţi sau persoane active din punct de vedere profesional;
e) cu dizabilităţi care îi împiedică să efectueze singuri schimburile peritoneale manuale, dar la care membrii familiei sau asistenţa la domiciliu pot face conectarea şi deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

Criterii de întrerupere a tratamentului prin dializă:
a) efectuarea cu succes a transplantului renal;
b) lipsa prezentării bolnavului la tratament sau dacă în termen de 30 de zile bolnavul nu poate fi contactat de către unitatea de dializă;
c) refuzul scris al bolnavului sau al reprezentanţilor lui legali, atunci când acesta nu are discernământ, de a continua tratamentul, însoţit de retragerea consimţământului informat cu privire la metoda de tratament;
d) indicaţie medicală: bolnavi care dezvoltă psihoze, neoplazii în stadiul terminal, la epuizarea posibilităţilor de acces vascular sau peritoneal, precum şi în orice altă situaţie care face imposibilă continuarea tratamentului prin dializă;
e) decesul bolnavului.

Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
- numărul total de bolnavi trataţi prin dializă/an: 14.489, din care:
a) hemodializă convenţională: 12.439;
b) hemodiafiltrare intermitentă online: 1.833;
c) dializă peritoneală continuă: 211;
d) dializă peritoneală automată: 6;

2) indicatori de eficienţă:
a) tarif/şedinţă de hemodializă convenţională: 641 lei;
b) tarif/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line: 716 lei;
c) tarif/bolnav tratat prin dializă peritoneală continuă/lună: 5.341,33,00 lei;
d) tarif/bolnav tratat prin dializă peritoneală automată/lună: 7.787,50 lei.

Natura cheltuielilor programului:
- cheltuieli pentru servicii de supleere renală, inclusiv medicamente specifice [agenţi stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracţionate sau nefracţionate, chelatori ai fosfaţilor (sevelamerum), agonişti ai receptorilor vitaminei D (alfacalcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], materiale sanitare specifice, investigaţii de laborator, precum şi transportul nemedicalizat al bolnavilor hemodializaţi de la şi la domiciliul bolnavilor, transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

Unităţi care derulează programul:
a) unităţile sanitare publice cu structuri de profil;

b) unităţi sanitare private autorizate de Ministerul Sănătăţii
c) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie care au structuri de profil.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE TERAPIE INTENSIVĂ A INSUFICIENŢEI HEPATICE

Activităţi:
- asigurarea în spital a materialelor sanitare specifice epurării extrahepatice.
Criterii de eligibilitate:
- bolnavi cu insuficienţă hepatică de etiologie virală, toxicmedicamentoasă, metabolică (boala Wilson), cu encefalopatie hepatică, tulburări de coagulare majore, pregătirea unor bolnavi în pretransplant de ficat sau a celor ce necesită retransplant de ficat.
Indicatori de evaluare:
1) **indicatori fizici:**
- număr de bolnavi trataţi prin epurare extrahepatică: 39;
2) **indicatori de eficienţă:**
- cost mediu/bolnav tratat prin epurare extrahepatică/an: 4.743 lei.
Natura cheltuielilor programului:
- cheltuieli pentru materiale sanitare specifice epurării extrahepatice.
Unităţi care derulează programul:
a) Institutul Clinic Fundeni;
b) Institutul Naţional de Boli Infecţioase "Prof. Dr. Matei Balş";
c) Spitalul Clinic C. I. Parhon Iaşi;
d) Spitalul Clinic de Copii Cluj-Napoca - Clinica Pediatrie II - Nefrologie;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
f) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT CU AJUTORUL APARATURII DE ÎNALTĂ PERFORMANŢĂ

Structura:

Subprogramul de radiologie intervenţională
Activităţi:
a) terapia afecţiunilor cerebrovasculare prin tehnici endovasculare:
- stentare carotidiană, embolizarea cerebrală cu spirale, embolizarea cerebrală cu stent şi spirale, embolizarea cerebrală cu soluţie tip glue, embolizarea cerebrală cu particule, terapia endovasculară în AVC ischemic acut, în malformaţiile vasculare cerebrale şi tumori cerebrale profunde;
b) tratamentul malformaţiilor vasculare cerebrale şi tumorilor cerebrale profunde prin Gamma-Knife;
c) implantarea dispozitivelor de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson;
d) pompe implantabile (intratecal subdural lombar);
e) terapia afecţiunilor vasculare periferice (angioplastia renală, angioplastia periferică cu balon, angioplastia periferică cu stent, tratamentul anevrismelor de aortă cu stent/graft, montare filtru vena cavă);
f) terapia unor afecţiuni ale coloanei vertebrale (disectomia mecanică, disectomia termică, nucleoplastie cu substanţe lichide tip alcool, vertebroplastie şi biopsie, infiltraţii discale paravertebrale);
g) terapia unor afecţiuni oncologice prin tehnici de embolizare (embolizare periferică cu particule, chemoembolizare hepatică cu particule, chemoembolizare hepatică cu particule încărcabile);
h) terapia hemoragiilor acute sau cronice posttraumatice sau asociate unor afecţiuni sau unor intervenţii terapeutice prin tehnici de radiologie intervenţională (embolizare periferică cu spirale, drenaje colecţii abdominale ghidate radiologic, drenaje biliare ghidate radiologic, TIPSS cu stent metalic, TIPSS cu sten-graft).
i) terapia prin stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare
j) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson, a extensiilor de legătură stimulator - electrozi şi kit-ului de reîncărcare;
k) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare a extensiilor de legătură stimulator - electrozi şi kit-ului de reîncărcare;
Criterii de eligibilitate pentru:
a) terapia afecţiunilor cerebrovasculare prin tehnici endovasculare:
- lipsa indicaţiei operatorii convenţionale;
b) tratamentul malformaţiilor vasculare cerebrale şi tumorilor cerebrale profunde prin Gamma-Knife:
- bolnavi cu malformaţii vasculare cerebrale şi tumori cerebrale profunde inabordabile chirurgical sau cu risc crescut de mortalitate sau morbiditate neurologică gravă postoperator;
c) maladie Parkinson:
- boală Parkinson în stadiu avansat, cu fluctuaţii motorii severe şi/sau dischinezie;
- boală Parkinson cu compensare inadecvată cu toate mijloacele farmacoterapiei (maximală şi corect administrată).

Nu pot beneficia de implantarea dispozitivelor de stimulare profundă bolnavii cu maladie Parkinson care au:
- durată scurtă a bolii (mai puţin de 3 ani);
- demenţă sau psihoză;
- răspuns insuficient la medicaţia dopaminergică;
- stare generală mediocră, boli concomitente importante;
- leziuni structurale la nivelul ganglionilor bazali sau atrofie cerebrală severă.

d) pompe implantabile - lipsa indicaţiei operatorii convenţionale;

e) terapia unor afecţiuni ale coloanei vertebrale - afectare discală fără indicaţie chirurgicală convenţională (tasări, fracturi sau alte leziuni cu risc de distrucţie a corpilor vertebrali);

f) tumori cu indicaţie de devascularizare în vederea intervenţiei chirurgicale;

g) terapia hemoragiilor acute sau cronice - bolnavi cu hemoragii acute sau cronice la care intervenţia chirurgicală ar pune viaţa în pericol.

h) bolnavi cu distonii musculare generalizate sau focale neresponsive la terapia cu toxină botulinică

i) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson

i.1) bolnavi cu maladie Parkinson care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare profundă, la care stimulatorul din cadrul dispozitivului a ajuns la termenul final al duratei de funcţionare, moment stabilit fie prin alarmă, fie prin verificarea periodică a acestuia, la care stimulatorul trebuie înlocuit:

1. la bolnavii tineri, cu vârsta sub 50 de ani la momentul implantării, stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare profundă se înlocuieşte cu unul reîncărcabil cu durată de funcţionare de 15 ani;

2. la bolnavii cu durată medie de descărcare a stimulatorului mare, sub 3 ani, stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă se înlocuieşte cu unul reîncărcabil cu durată de funcţionare de 15 ani;

3. la bolnavii cu vârsta de peste 50 de ani la momentul implantării, precum şi la bolnavii cu durată medie de descărcare a stimulatorului de 4 ani, stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă se înlocuieşte cu unul nereîncărcabil.

i.2) bolnavi cu maladia Parkinson care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare profundă, la care este necesară înlocuirea extensiilor de legătură stimulator-electrozi:
- dacă se constată intraoperator lipsa integrităţii lor (pierderea izolaţiei/ruptură)
- în cazul infecţiei locale;
- în cazul în care se constată la verificarea stimulatorului, modificarea impedanţilor;

i.3) bolnavi cu maladia Parkinson care au beneficiat de implantarea dispozitivelor bolnavi cu maladia Parkinson la care este necesară înlocuirea kit-ului de reîncărcare deoarece s-a defectat.

j) înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare

j.1) bolnavi cu distonii musculare care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare cerebrală profundă, la care stimulatorul din cadrul dispozitivului a ajuns la termenul final al duratei de funcţionare, moment stabilit fie prin alarmă, fie prin verificarea periodică a nivelului de încărcare a stimulatorului;

j.2) bolnavi cu distonii musculare care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare cerebrală profundă la care este necesară înlocuirea extensiilor de legătură stimulator-electrozi:
- dacă se constată intraoperator lipsa integrităţii lor (pierderea izolaţiei/ruptură)
- în cazul infecţiei locale;
- în cazul în care se constată la verificarea stimulatorului, modificarea impedanţilor;

j.3) bolnavi cu distonii musculare care au beneficiat de implantarea dispozitivelor de stimulare cerebrală profundă la care este necesară înlocuirea kit-ului de reîncărcare deoarece s-a defectat.

Indicatori de evaluare:

1) **indicatori fizici:**

a) număr de bolnavi cu afecţiuni cerebrovasculare trataţi/an: 1.249;

b) număr de tratamente Gamma-Knife/an: 513;

c) număr de stimulatoare cerebrale implantabile la bolnavii cu maladie Parkinson/an: 14;

d) număr de pompe implantabile/an: 17;

e) număr de bolnavi cu afecţiuni vasculare periferice trataţi/an: 1.212;

f) număr de bolnavi cu afecţiuni ale coloanei vertebrale trataţi/an: 84;

g) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi/an: 586;

h) număr de bolnavi cu hemoragii acute sau cronice trataţi/an: 372;

i) număr de bolnavi cu distonii musculare trataţi prin stimulare cerebrală profundă/an: 3;

j.1) număr de bolnavi pentru care se înlocuieşte stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil/an: 20;

j.2) număr de bolnavi pentru care se înlocuieşte stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil, cu kit de încărcare/an: 5;

j.3) număr de bolnavi pentru care se înlocuiesc stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil, precum şi extensiile de legătură stimulator-electrozi/an: 3;

j.4) număr de bolnavi pentru care se înlocuiesc stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil, precum şi extensiile de legătură stimulator-electrozi/an: 2;

j.5) număr de bolnavi cu maladie Parkinson cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi/an: 5;

j.6) număr de bolnavi cu maladie Parkinson cu înlocuire a kitului de reîncărcare a stimulatorului/an: 2;

k.1) număr de bolnavi pentru care se înlocuieşte stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare trataţi prin implantarea de stimulator cerebral reîncărcabil/an: 9;
k.2) număr de bolnavi pentru care se înlocuiesc stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare cu unul reîncărcabil, precum şi extensiile de legătură stimulator-electrozi/an: 1;
k.3) număr de bolnavi cu distonii musculare cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi/an: 3;
k.4) număr de bolnavi cu distonii musculare cu înlocuire a kitului de reîncărcare a stimulatorului/an: 5;
2) **indicatori de eficienţă:**
a) cost mediu/bolnav cu afecţiuni cerebrovasculare tratat/an: 8.962 lei;
b) tarif/serviciu Gamma-Knife/an: 7.300,00 lei;
c) cost mediu/stimulator cerebral la bolnavii cu maladie Parkinson/an: 62.589 lei;
d) cost mediu/pompă implantabilă/an: 7.678 lei;
e) cost mediu/bolnav cu afecţiuni vasculare periferice tratat/an: 1.226 lei;
f) cost mediu/bolnav cu afecţiuni ale coloanei vertebrale tratat/an: 1.596 lei;
g) cost mediu/bolnav cu afecţiuni oncologice tratat/an: 2.326 lei;
h) cost mediu/bolnav cu hemoragii acute sau cronice tratat/an: 997 lei;
i) cost mediu/bolnav cu distonii musculare tratat prin stimulare cerebrală profundă/an: 77.920 lei;
j.1) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuieşte stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil/an: 67.035,00 lei;
j.2) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuieşte stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil cu kit de încărcare/an: 120.715,00 lei;
j.3) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuiesc stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul nereîncărcabil, precum şi extensiile de legătură stimulator-electrozi/an: 79.561,00 lei;
j.4) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuiesc stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson cu unul reîncărcabil, precum şi extensiile de legătură stimulator-electrozi/an: 104.086,00 lei;
j.5) cost mediu/bolnav cu maladie Parkinson cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi/an: 12.526,00 lei;
j.6) cost mediu/bolnav cu maladie Parkinson cu înlocuire a kitului de reîncărcare a stimulatorului/an: 29.155,00 lei;
k.1) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuieşte stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare cu unul reîncărcabil/an: 91.560,00 lei;
k.2) cost mediu/bolnav pentru care se înlocuiesc stimulatorul din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu distonii musculare cu unul reîncărcabil, precum şi extensiile de legătură stimulator-electrozi/an: 103.531,00 lei;
k.3) cost mediu/bolnav cu distonii musculare cu înlocuire a extensiilor de legătură stimulator-electrozi/an: 11.971,00 lei;
k.4) cost mediu/bolnav cu distonii musculare cu înlocuire a kitului de reîncărcare a stimulatorului/an: 29.155,00 lei.
Natura cheltuielilor:
1) dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice;
2) servicii prin tratament Gamma-Knife.
Unităţi care derulează subprogramul:
a) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti [activităţile: a), b), c), d), f) şi i)];
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti [activităţile: a), c), e), f), g), h) şi i)];
c) Spitalul Clinic de Urgenţă Bucureşti [activităţile: a), e), g) şi h)];
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi [activităţile: e), g) şi h)];
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş [activităţile: a), d), e), f), g) şi h)];
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova [activităţile: a), e), f), g) şi h)];
g) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi [activitatea a) şi b)];
h) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu" Bucureşti [activitatea e)];
i) Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara [activităţile: a), e)];
j) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava [activităţile a), e), g) şi h)];
k) Spital Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. Agrippa Ionescu" [activităţile a), e), f), g) şi h)];
l) Institutul Clinic Fundeni [activităţile e), g) şi h)];
m) Institutul de Urgenţă pentru Boli Cardiovasculare şi Transplant Târgu Mureş [activităţile a), e) şi g)];
n) Societate Comercială SANADOR - S.R.L. - Bucureşti [activităţile a), c), d), e), f), g), h) şi i)];
o) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara [activităţile a), d), e), f), g) şi h)];
p) Spitalul Judeţean de Urgenţă Piteşti [activităţile a), e), f) g) şi h)];
q) Spitalul Universitar de Urgenţă Elias Bucureşti [activităţile a), e), g) şi h)];
r) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti [activităţile a), e), g) şi h)];
s) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" Bucureşti [activităţile a), e), g) şi h)];
ş) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor [activităţile a), e), f), g) şi h)];
t) Spitalul Militar de Urgenţă "Dr. Constantin Papilian" Cluj [activităţile a), e), f), g) şi h)];
ţ) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare [activităţile a) şi e)];

u) Spitalul Clinic de Urgenţă Sfântul Pantelimon Bucureşti [activităţile a), e), f), g) şi h)];
v) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca [activităţile e), g) şi h)];
w) Institutul Naţional de Neurologie şi Boli Neurologice Bucureşti [activităţile a), f), g) şi h)];
v) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca [activităţile a), e), g) şi h)];

NOTĂ:
Unităţile sanitare care derulează activitatea prevăzută la lit. c) "implantarea dispozitivelor de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson" pot derula şi activitatea prevăzută la lit. j) "înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare profundă la bolnavii cu maladie Parkinson, a extensiilor de legătură stimulator-electrozi şi kitului de reîncărcare".
Unităţile sanitare care derulează activitatea prevăzute la lit. i) "terapia prin stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare" pot derula şi activitatea prevăzută la lit. k) "înlocuirea stimulatorului din cadrul dispozitivului de stimulare cerebrală profundă a bolnavilor cu distonii musculare, a extensiilor de legătură stimulator-electrozi şi kitului de reîncărcare".

Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
Obiective:
a) tratamentul microchirurgical al bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos;
b) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin stimulare neinvazivă a nervului vag;
c) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin stimulare invazivă a nervului vag;
d) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă.
Activităţi:
a) realizarea procedurilor microchirurgicale neurochirurgicale şi monitorizare prin electrocorticografie, prin aplicare de electrozi subdurali pe suprafaţa cortexului sau în profunzimea parenchimului cerebral, combinat de profunzime şi de suprafaţă, rezecţia focarului epileptogen, ghidarea rezecţiei chirurgicale prin intermediul neuronavigaţiei; realizarea termocoagulării cu radiofrecvenţă a focarului epileptic utilizând electrozi intracerebrali de profunzime;
b) tratamentul epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos prin folosirea unui dispozitiv medical neinvaziv de stimulare a nervului vag;
c) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui stimulator al nervului vag;
d) înlocuirea generatorului implantabil al stimulatorului nervului vag;
e) tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă.
Criterii de eligibilitate:
1. tratamentul microchirurgical al bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos:
a) bolnavi (copii şi adulţi) cu vârsta peste 2 ani;
b) bolnavi cu epilepsie focală dovedită prin monitorizare video - EEG de lungă durată;
c) diagnostic de epilepsie focală farmacorezistentă definită ca imposibilitatea stopării recurenţelor crizelor epileptice în pofida tratamentului medicamentos instituit după două tentative terapeutice cu medicaţie antiepileptică, corect selectată şi dozată adecvat, într-o perioadă de 2 ani;
d) acceptarea riscurilor intervenţiei neurochirurgicale prin semnarea consimţământului informat;
e) lipsa unor boli asociate severe (insuficienţe de organ, neoplazii progresive) sau contraindicaţii chirurgicale legate de diverse comorbidităţi (tulburări de coagulare etc.) care cresc riscurile intervenţiei sau minimalizează beneficiile;
f) acceptul şi complianţa pentru urmărirea ulterioară pentru adaptarea parametrilor de stimulare (prezenţa la vizite la fiecare 6 luni - 1 an - interval stabilit de medicul neurolog/neurolog pediatru);
2. tratamentul epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos prin stimulare neinvazivă a nervului vag:
a) bolnavi (copii şi adulţi) cu vârsta între 12 şi 65 de ani;
b) diagnostic de epilepsie farmacorezistentă definită ca imposibilitatea stopării recurenţelor crizelor epileptice în pofida tratamentului medicamentos instituit după două tentative terapeutice cu medicaţie antiepileptică, corect selectată şi dozată adecvat, într-o perioadă de 2 ani;
c) semnarea consimţământului informat;
d) lipsa criteriilor pentru tratament rezectiv sau microchirurgical al epilepsiei rezistente;
e) acceptul şi complianţa pentru urmărirea ulterioară pentru adaptarea parametrilor de stimulare (prezenţa la vizite la fiecare 6 luni - 1 an - interval stabilit de medicul neurolog/neurolog pediatru).
Criterii de evaluare a eficacităţii stimulării vagale neinvazive:
- reducerea frecvenţei crizelor invalidante (cu pierdere de conştienţă, cădere sau tulburare cardiorespiratorie) cu peste 30% faţă de frecvenţa crizelor calculată pe durata unui an anterior iniţierii terapiei de stimulare
Criterii de întrerupere a stimulării vagale neinvazive:
a) reducerea nesatisfăcătoare a frecvenţei crizelor (sub 30%);
b) necomplianţă la utilizarea dispozitivului sau utilizarea inadecvată;
3. tratamentul epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos prin stimulare invazivă a nervului vag:
a) bolnavi (copii şi adulţi) cu vârsta peste 4 ani cu epilepsie confirmată;

b) diagnostic de epilepsie farmacorezistentă definită ca imposibilitatea stopării recurenţelor crizelor epileptice în pofida tratamentului medicamentos instituit după două tentative terapeutice cu medicaţie antiepileptică, corect selectată şi dozată adecvat, într-o perioadă de 2 ani;
c) acceptarea riscurilor intervenţiei chirurgicale prin semnarea consimţământului informat;
d) lipsa criteriilor pentru tratament microchirurgical al epilepsiei rezistente (neeligibili);
e) bolnavi care au folosit stimularea vagală noninvazivă timp de 1 an şi nu au avut răspuns;
f) lipsa unor boli asociate severe (insuficienţe de organ, neoplazii progresive) sau contraindicaţii chirurgicale legate de diverse comorbidităţi (tulburări de coagulare etc.) care cresc riscurile intervenţiei sau minimalizează beneficiile;
g) acceptul şi complianţa pentru urmărirea ulterioară pentru adaptarea parametrilor de stimulare (prezenţa la vizite la fiecare 6 luni - 1 an - interval stabilit de medicul neurolog/neurolog pediatru);
h) bolnavi care au beneficiat de implantarea stimulatorului nervului vag, la care bateria s-a descărcat (demonstrat la evaluările periodice) sau la care dispozitivul a ajuns la termenul duratei medii de lucru (5 ani) şi trebuie înlocuit;
4. tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă:
a) bolnavi adulţi cu vârsta între 18 şi 65 de ani;
b) diagnostic de epilepsie farmacorezistentă definită ca imposibilitatea stopării recurenţelor crizelor epileptice în pofida tratamentului medicamentos instituit după două tentative terapeutice cu medicaţie antiepileptică, corect selectată şi dozată adecvat, într-o perioadă de 2 ani;
c) acceptarea riscurilor intervenţiei neurochirurgicale prin semnarea consimţământului informat;
d) bolnav neeligibil pentru rezecţie chirurgicală sau pentru tratament prin tehnici microchirurgicale ale epilepsiei rezistente, VNS invaziv sau neinvaziv (toate trebuie îndeplinite) după evaluare într-un centru specializat în epilepsie;
e) lipsa unor boli asociate severe (insuficienţe de organ, neoplazii progresive) sau contraindicaţii chirurgicale legate de diverse comorbidităţi (tulburări de coagulare etc.) care cresc riscurile intervenţiei sau minimalizează beneficiile;
f) acceptul şi complianţa pentru urmărirea ulterioară pentru adaptarea parametrilor de stimulare (prezenţa la vizite la fiecare 6 luni - 1 an).

Indicatori de evaluare:

1) **indicatori fizici:**
a) număr de bolnavi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos trataţi prin proceduri microchirurgicale/an: 8;
b) număr de bolnavi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos trataţi prin stimulare neinvazivă a nervului vag/an: 80;
c) număr de bolnavi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos trataţi prin implant de stimulator al nervului vag/an: 10;
d) număr de bolnavi cu înlocuire a generatorului implantabil al stimulatorului nervului vag/an: 8;
e) număr de bolnavi cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos trataţi prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă/an: 1;

2) **indicatori de eficienţă:**
a) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin proceduri microchirurgicale/an: 71.802 lei;
b1) cost mediu/bolnav cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin stimulare neinvazivă a nervului vag (inclusiv consumabile pentru primul an de stimulare neinvazivă a nervului vag)/an: 33.900 lei;
b2) cost mediu/bolnav tratat prin stimulare neinvazivă a nervului vag, beneficiar de materiale consumabile/an: 1.701 lei;
c) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos cu implant de stimulator al nervului vag/an:
86.250 lei;
d) cost mediu/pacient cu înlocuire a generatorului implantabil al stimulatorului nervului vag/an: 72.790 lei;
e) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă/an: 75.115 lei.

Natura cheltuielilor:
- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:
a) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti.

Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

Activităţi:
- asigurarea tratamentului bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal.

Criterii de eligibilitate:
- bolnavi cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani, diagnosticaţi cu hidrocefalie de orice natură (congenitală sau

dobândită, comunicantă sau obstructivă), care urmează să fie supuşi intervenţiilor chirurgicale pentru drenaj definitiv sau temporar (drenaj extern), precum şi pentru revizia sistemelor de drenaj.

Indicatori de evaluare:

1) **indicatori fizici:**

- număr de copii cu hidrocefalie congenitală sau dobândită trataţi/an: 158;

2) **indicatori de eficienţă:**

- cost mediu/copil cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratat/an: 1.834 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Spitalul Clinic de Urgenţă "Bagdasar-Arseni" Bucureşti;
b) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "M. S. Curie" Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca - Secţia clinică neurochirurgie;
d) Spitalul Clinic de Pediatrie Iaşi;
e) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Timişoara - Secţia neurochirurgie;
f) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş - Secţia neurochirurgie;
g) *** Abrogată prin O. nr. 104/2023 de la data de 23 februarie 2023.
h) Societatea Comercială SANADOR - S.R.L;
i) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
j) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu" - Bucureşti.

Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Activităţi:

- tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular.

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu sindrom postlaminectomie.

Indicatori de evaluare:

1) **indicatori fizici:**

- număr de bolnavi trataţi prin implant neuromedular/an: 16;

2) **indicatori de eficienţă:**

- cost mediu/bolnav tratat prin implant neuromedular/an: 71.096 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti.
b) Spitalul Clinic de Urgenţă "Prof. Dr. N. Oblu" Iaşi;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
d) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Pius Brânzeu" Timişoara.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE PET-CT

Activităţi:

a) monitorizarea evoluţiei pentru unele afecţiuni
b) evaluarea opţiunilor terapeutice
c) diagnosticul şi monitorizarea unor bolilor rare

Criterii de eligibilitate pentru monitorizarea bolii la bolnavii cu afecţiuni oncologice

I. CRITERII DE ELIGIBILITATE pentru PET-CT cu [18F]-FDG pentru tumorile maligne solide ale adultului:

1. Cancere ale capului şi gâtului (tumori ale sferei ORL):

a) identificarea tumorii primare la pacienţi diagnosticaţi clinic cu adenopatie laterocervicală unică cu examen histopatologic pozitiv pentru malignitate şi fără detecţie a localizării primare prin consult de specialitate ORL complet (inclusiv fibroscopie) şi alte metode imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.);

b) evaluarea răspunsului la tratament (la minimum 3-6 luni după radiochimioterapie) la pacienţi;

c) diagnosticul diferenţial al recidivei tumorale suspectate clinic, faţă de efectele locale ale radioterapiei;

d) stadializarea iniţială, dacă celelalte investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente.

2. Cancerele tiroidiene şi paratiroidiene

a) diagnosticul bolii reziduale sau al recidivei cancerului tiroidian cu nivele crescute de tiroglobulină şi/sau antitireglobulină şi scintigrafie de corp întreg cu I-131 negativă;

b) evaluarea iniţială/postchirurgicală a extensiei reale a cancerului tiroidian diferenţiat cu histologie agresivă (componenta solidă, trabeculară, columnară, cu celule Hurthle, Whartin-like, celule înalte, difuz sclerozant, oncocitic) a cancerului tiroidian slab diferenţiat, a cancerului tiroidian anaplazic;

c) diagnosticul bolii reziduale sau al recidivei carcinomului medular tiroidian tratat, asociat cu nivele

crescute de calcitonină, cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT/IRM/ scintigrafie) normale sau neconcludente;

d) cancerul paratiroidian în condiţii de suspiciune de boală persistentă/recidivă cu PTH crescut şi imagistică convenţională negativă/neconcludentă.

3. Cancerul glandei mamare

a) evaluarea leziunilor multifocale sau a suspiciunii de recurenţă la pacienţii cu sâni denşi la examen mamografic, cu examen IRM al glandei mamare neconcludent;

b) diagnosticul diferenţial al plexopatiei brahiale induse de tratament faţă de invazia tumorală la pacienţi cu examen IRM echivoc sau normal;

c) evaluarea extensiei reale a bolii la pacienţii cu tumori avansate loco-regional - categoria T3 sau T4 şi/sau afectarea ganglionilor regionali (N pozitiv), precum şi la pacienţii cu forme agresive ale cancerului glandei mamare: carcinom triplu negativ, grad diferenţiere G3, valori crescute ale ki67 sau receptori hormonali - ER/PR negativi;

d) cazuri cu suspiciune de leziuni de recidivă sau metastaze la distanţă şi investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM, scintigrafie etc.) neconcludente;

e) înlocuirea imagisticii standard la pacienţii cu alergie la substanţa de contrast.

4. Cancerul pulmonar fără celule mici (NSCLC)

a) evaluarea extensiei reale a bolii la pacienţi consideraţi eligibili pentru intervenţie chirurgicală: în mod specific, pacienţii cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT sau adenopatii mediastinale între 1 şi 2 cm la examenul CT şi pacienţi cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze, cum ar fi mărirea de volum a glandei suprarenale;

b) caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni peste 8 - 10 mm, în cazul unei biopsii eşuate sau cu risc procedural crescut sau la pacienţi cu comorbidităţi;

c) evaluarea răspunsului la tratamentul sistemic în cazurile la care se intenţionează intervenţie chirurgicală radicală;

d) evaluarea suspiciunii de recidivă sau de reluare a evoluţiei bolii atunci când celelalte evaluări imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente;

e) evaluarea iniţială a extensiei reale a bolii la pacienţi cu NSCLC în condiţiile în care celelalte investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente.

5. Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC)

a) evaluarea iniţială a extensiei reale a bolii la pacienţi cu SCLC în condiţiile în care celelalte investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente;

b) confirmarea recidivei atunci când celelalte mijloace diagnostice, inclusiv investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM, scintigrafie etc.), sunt neconcludente.

6. Mezoteliom malign (pleural sau peritoneal)

a) mezoteliom malign pleural/peritoneal, în vederea stabilirii indicaţiei pentru intervenţie chirurgicală cu viză curativă

7. Neoplazii timice (timom malign sau carcinom timic)

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în cazul pacienţilor consideraţi operabili, înaintea intervenţiei chirurgicale cu intenţie curativă

8. Cancerul esofagian

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în cazul pacienţilor cu indicaţie de tratament cu viză curativă (chirurgical/radioterapie), atunci când investigaţiile imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;

b) evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienţii cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM, scintigrafie etc.) neconcludente.

9. Cancerul gastric

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în cazurile cu indicaţie de tratament cu viză curativă, atunci când investigaţiile imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;

b) evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienţii cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente.

10. Tumorile stromale gastrointestinale (GIST)

a) stabilirea indicaţiei de tratament sistemic (adjuvant sau paliativ) la pacienţii cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viză curativă, la pacienţii cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente;

c) evaluarea răspunsului la terapia sistemică.

11. Adenocarcinom pancreatic

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viză curativă la pacienţii cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă şi investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente.

NOTĂ:

Aproximativ 30% din cazurile de adenocarcinom pancreatic pot să nu capteze FDG.

12. Carcinoamele colorectale

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în vederea efectuării tratamentului cu viză curativă (chirurgical sau tratament ţintit invaziv - de exemplu, SIRT) la pacienţii cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) diagnosticul recidivelor la pacienţi cu markeri tumorali în creştere şi/sau suspiciune clinică de recidivă cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente;

c) evaluarea iniţială a extensiei reale a afecţiunii în cancerul rectal;

d) evaluarea maselor tumorale presacrate posttratament în cancerul rectal;

e) evaluare după ablaţia metastazelor hepatice prin metode intervenţionale minim invazive.

13. Carcinoamele ovariene

a) evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor creşteri consecutive ale CA 125, la paciente cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente;

b) evaluarea cazurilor cu suspiciune imagistică de recidivă, cu CA 125 normal.

14. Carcinoamele uterine

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii (la nivel regional - N1/2 versus N0 sau la distanţa - M1 versus M0) în vederea tratamentului cu intenţie de radicalitate;

b) suspiciune de recidivă de carcinom al colului uterin sau carcinom endometrial la paciente cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente.

15. Tumori ale celulelor germinale

a) diagnosticul recidivei afecţiunii la pacienţii cu tumori nonseminomatoase sau seminomatoase, cu markeri tumorali crescuţi sau în creştere şi/sau cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente;

b) evaluarea maselor reziduale postterapeutic la pacienţii cu tumori nonseminomatoase sau seminom;

c) evaluarea iniţială a extensiei reale a afecţiunii la pacienţi cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente.

16. Carcinoamele uroteliale

a) evaluarea extensiei reale regionale şi la distanţă a afecţiunii la pacienţi cu carcinoame uroteliale invazive (vezică urinară/ureter/sistem pielocaliceal) consideraţi eligibili pentru intervenţie chirurgicală radicală, chimioradioterapie concomitentă sau radioterapie definitivă cu viză curativă în cazul în care investigaţiile imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;

b) suspiciune de recidivă regională sau la distanţă a unui carcinom urotelial invaziv, la pacienţi cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente.

17. Carcinoamele anale, vulvare şi peniene

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în vederea tratamentului cu intenţie de radicalitate

18. Melanomul malign

a) evaluarea extensiei reale a afecţiunii în vederea tratamentului cu intenţie de radicalitate sau înainte de tratamentul sistemic, la pacienţi cu tumori primare cu invazie în profunzime mai mare de 0,8 mm sau ulceraţie prezentă (indiferent de profunzimea invaziei) sau la pacienţi cu ganglion santinelă pozitiv;

b) confirmarea răspunsului complet la terapia specifică.

19. Tumori cutanate nonmelanom

a) evaluarea carcinomului Merkel - stadializare;

b) evaluarea carcinomului Merkel - evaluare postterapeutică.

20. Tumori musculoscheletale

a) evaluarea iniţială a extensiei reale a sarcoamelor de părţi moi cu grad histologic înalt sau osteosarcoame, la pacienţi cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) evaluarea răspunsului la tratament în sarcoame cu grad înalt sau osteosarcoame, la pacienţi cu investigaţii imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) neconcludente, în vederea tratamentului cu intenţie curativă (chirurgical sau radioterapie).

21. Metastaze cu punct de plecare neprecizat

a) identificarea tumorii primare oculte atunci când investigaţiile imagistice de înaltă performanţă (CT, IRM etc.) sunt neconcludente

II. LIMFOAME ŞI MIELOAME

22. Limfoame

a) stadializarea şi restadializarea limfoamelor FDG avide, inclusiv limfomul indolent sau boala limfoproliferativă posttransplant (PTLD) preterapeutic;

b) evaluarea răspunsului la tratament utilizând criteriile Deauville şi clasificarea Lugano;

c) suspiciune clinică înaltă de transformare a unui limfom într-o formă histologică mai agresivă, pentru identificarea unui site pentru biopsie;

d) evaluarea suspiciunii de recurenţă în limfoamele FDG avide;

e) înainte de transplantul medular pentru evaluarea bolii reziduale comparativ cu remisiunea şi aprecierea indicaţiei de transplant;

f) evaluarea posttransplant şi post CAR-T;

g) histiocitoza la adult şi alte boli rare proliferative cu celule ale sistemului imun - bilanţ şi monitorizare răspuns.

23. Mieloame

a) evaluarea pacienţilor nou-diagnosticaţi sau în caz de boală refractară sau recurentă;
b) pacienţi cu plasmocitom solitar extramedular sau în caz de plasmocitom solitar cu localizare osoasă, dacă MRI corp întreg nu este disponibilă sau este contraindicată;
c) diagnostic diferenţial între forma activă sau inactivă;
d) monitorizare postterapeutică.

III. INDICAŢII PEDIATRICE

24. Osteosarcoame şi sarcoame Ewing
a) stadializare;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigaţii imagistice.

25. Rabdomiosarcom şi sarcoame de ţesuturi moi nonrabdomiosarcom
a) stadializare;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigaţii imagistice;
d) evaluarea suspiciunii de transformare malignă la pacienţii cu neurofibroame plexiforme asociate neurofibromatozei tip 1.

26. Neuroblastom
a) stadializare iniţială;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigaţii imagistice.

27. Tumora Wilms şi alte tumori renale maligne
a) stadializare;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigaţii imagistice.

28. Histiocitoza cu celule Langerhans
a) evaluare preterapeutică;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigaţii imagistice.

29. Tumori cu celule germinale cu localizări primare extracraniene
a) stadializare;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigaţii imagistice.

30. Limfoame Hodgkin şi nonHodgkin - aceleaşi criterii ca şi la adult

Criterii de eligibilitate pentru evaluarea bolnavilor cu epilepsii refractare la tratamentul medicamentos:

1. pentru bolnavii adulţi:
a) epilepsii focale rezistente la tratament IRM negative
b) epilepsii focale IRM pozitive în care leziunea IRM nu concordă cu datele clinice/EEG sau cu leziuni nespecifice IRM
c) delimitarea limitelor rezecţiei în cazuri neclare înainte sau după SEEG

2. pentru copii
a) epilepsii focale rezistente la tratament IRM negative;
b) epilepsii focale IRM pozitive în care leziunea IRM nu concordă cu datele clinice/EEG sau cu leziuni nespecifice IRM
c) bolnavi cu vârsta < 2 ani cu encefalopatii epileptic cu elemente de focalizare clinic sau EEG, IRM negative
d) delimitarea limitelor rezecţii în cazuri neclare înainte sau după SEEG

NOTĂ:
Examinarea PET-CT se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice doar în baza confirmării de înregistrare a formularului specific, însoţită de o copie a formularului specific, şi după completarea de către bolnavi a consimţământului informat (anexa nr. 13).
Formularul specific PET-CT se completează, se semnează şi se parafează de către medicul cu specialitatea oncologie medicală/hematologie/oncologie şi hematologie pediatrică/radioterapie/neurologie/neurologie pediatrică, după caz

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:
a) număr de bolnavi trataţi cu afecţiuni oncologice/an: 14.995;
b) număr de bolnavi adulţi cu epilepsie/an: 50;
c) număr de bolnavi copii cu epilepsie/an: 30.

2) indicatori de eficienţă:
- tarif/investigaţie: 4.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:
- servicii medicale paraclinice - investigaţii PET-CT.

Unităţi care derulează subprogramul:
a) Pozitron-Diagnosztika, Oradea;
b) Societatea "Affidea Romania" - S.R.L. - Bucureşti;
c) Societatea Comercială "CT Clinic" - S.R.L., Cluj-Napoca;
d) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Bucureşti;
e) Societatea "Affidea Romania" - S.R.L. - Timişoara;
f) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Iaşi;
g) Institutul Regional de Oncologie Iaşi;
h) Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central "Dr. Carol Davila" Bucureşti;
i) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Braşov;
j) S.C. Sanador - S.R.L. - Bucureşti;
k) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;
l) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
m) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Apostol Andrei" Galaţi;
n) MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Bucureşti - Şişeşti;
o) S.C. Medima Health - S.A. - Sibiu;
p) S.C. MNT Healthcare Europe - S.R.L. - Brăila.

PROGRAMUL NAŢIONAL DE ENDOMETRIOZĂ*)
Activităţi:
- asigurarea tratamentului specific bolnavelor cu endometrioză.
Criterii de eligibilitate:
- bolnave al căror diagnostic este reprezentat de confirmarea anamnestică, clinică şi imagistică (ecografie şi/sau RMN) în care să se vizualizeze clar leziunile de endometrioză profundă cu afectare intestinală.
Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
- număr bolnave cu endometrioză cu afectare intestinală/an: 150;
2) indicatori de eficienţă:
- cost mediu/bolnavă cu endometrioză cu afectare intestinală/an: 10.932,20 lei.
Natura cheltuielilor:
- dispozitive medicale şi materiale sanitare specifice.
Unităţi care derulează programul:
a) S.C. Materna Care - S.R.L. - Timişoara;
b) Spitalul de Oncologie Monza - Bucureşti.

*) Programul naţional de endometrioză a fost introdus prin O. nr. 506/2023 de la data de 6 iulie 2023.

COST-VOLUM

Activităţi:
Asigurarea în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, respectiv asigurarea în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit deschis, a medicamentelor specifice pentru:
1. oncologie
2. scleroză multiplă
3. mucoviscidoză
4. boli rare - medicamente incluse condiţionat:
   a. bolnavi adulţi cu boala Crohn luminală nonactivă
   b. bolnavi cu alfa-manozidoză;
   c. bolnavi cu purpură trombocitopenică trombotică dobândită (PTTd) (Caplacizumabum);
   d. bolnavi cu boala Fabry (Algasidasum Alfa);
   e. bolnavi cu hemofilie A
   f. bolnavi cu cistinoză nefropatică confirmată;
5. hipertensiunea pulmonară - bolnavi cu hipertensiune arterială pulmonară cronică tromboembolică (HTAPCT) inoperabilă sau HTAPCT persistentă sau recurentă posttratament chirurgical şi bolnavi cu hipertensiune arterială pulmonară (HTAP) idiopatică sau ereditară
6) tulburare depresivă majoră - bolnavi adulţi cu tulburare depresivă majoră.

Unităţi care derulează programul:
1) oncologie
a) unităţi sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate prin care se implementează Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice şi care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 B.1
b) farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate
2) Scleroză multiplă
- unităţi sanitare prevăzute la capitolul IX titlul "Programul naţional de boli neurologice" subtitlul "Unităţi care derulează programul" care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 E.

3) mucoviscidoză:
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

4) boli rare - medicamente incluse condiţionat:
a) bolnavi adulţi cu boala Crohn luminală nonactivă/uşor activă, cu fistule perianale complexe atunci când fistulele prezintă un răspuns inadecvat la cel puţin un tratament convenţional sau biologic:
a.1) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
a.2) *** Abrogată prin O. nr. 104/2023 de la data de 23 februarie 2023.
a.3) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca;
a.4) Spitalul Clinic Colentina - Bucureşti;
a.5) S.C. Teo Health - S.A. - Spitalul Sf. Constantin Braşov;
a.6) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
b) bolnavi cu alfa-manozidoză uşoară până la moderată cu manifestări nonneurologice:
b.1) Spitalul Judeţean de Urgenţă Vâlcea;
b.2) Spitalul Judeţean de Urgenţă Dr. Fogolyan Kristof Sf. Gheorghe;
b.3) Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgovişte;
b.4) Spitalul Clinic de Psihiatrie Obregia Bucureşti;
c) purpură trombocitopenică trombotică dobândită (PTTd) (Caplacizumabum);
c.1) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Sibiu;
c.2) Spitalul Clinic Municipal de Urgenţă Timişoara;
c.3) Institutul Clinic Fundeni Bucureşti;
c.4) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Opriş" Baia Mare;
c.5) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;
c.6) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş;
c.7) Spitalul Clinic de Urgenţă Sf. Spiridon Iaşi;
c.8) Spitalul Clinic Colentina Bucureşti;
c.9) Spitalul Universitar de Urgenţă - Bucureşti.
c.10) Spitalul Judeţean de Urgenţă "Dr. Constantin Andreoiu" Ploieşti;
c.11) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Bihor;
d) bolnavi cu boala Fabry (Algasidasum Alfa)
- unităţi sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute la capitolul IX titlul "Programul naţional de tratament pentru boli rare" subtitlul "Unităţi care derulează programul" punctul 5 şi care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 G.1;
e) bolnavi cu hemofilie A
- unităţi sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute la capitolul IX titlul "Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei" subtitlul "Unităţi care derulează programul" punctul 1 "Tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenţii chirurgicale" şi care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 F.2.
f) bolnavi cu cistinoza nefropatica confirmată
- farmacii cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

5) Hipertensiunea pulmonară
- unităţi sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute la capitolul IX titlul "Programul naţional de tratament pentru boli rare" subtitlul "Unităţi care derulează programul" pct. 14 lit. b) şi care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16 G. 2;

6) tulburare depresivă majoră
- unităţi sanitare cu farmacii cu circuit închis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate care au îndeplinit criteriile din Chestionarul de evaluare din anexa 16.O.3.

Anexa Nr. 1
la Normele tehnice

CONTRACT
pentru finanţarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naţionale de sănătate curative în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., e-mail ....., reprezentată prin Director general.....,
şi
Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail ....., reprezentată prin.....
Unitatea sanitară cu paturi este .....*)

_____

*) Se va completa cu "publică"/"publică cu asociat unic unitate administrativ-teritorială"/"privată".

II. Obiectul contractului

Art. 1
Obiectul prezentului contract îl constituie finanţarea programului/subprogramului din cadrul programelor naţionale de sănătate curative .....
(Se specifică fiecare program/subprogram.)
pentru asigurarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/ serviciilor medicale .....
(Se completează, după caz, în funcţie de program/subprogram.)
necesare în terapia în spital/în spital şi ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, şi Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, denumite în continuare **norme tehnice**.

III. Durata contractului

Art. 2 - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023.
Art. 3 - Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului .....

IV. Obligaţiile părţilor

Art. 4 - (1) Obligaţiile casei de asigurări de sănătate sunt:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi sau cu furnizorii autorizaţi şi acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, după caz, şi care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina de internet proprie şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;
b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/materialelor sanitare/ serviciilor medicale, conform normelor tehnice, contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, 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 condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, conform prevederilor normelor tehnice;
f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale 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 şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de acestea şi în situaţia în care

furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/investigaţiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să ţină evidenţa distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naţionale curative de oncologie, diabet zaharat şi hemofilie pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

l) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii 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 situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza..

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare de la încheierea contractelor, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

Art. 5 - Obligaţiile unităţii sanitare sunt:

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile sanitare cu paturi au următoarele obligaţii:

a) să furnizeze medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea precum şi servicii medicale, bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare şi să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

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

c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unităţile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

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

e) să întocmească evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele şi/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 paşaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea şi valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor terapeutice;

f) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea

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

g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

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

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

k) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale, acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestuia, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

l) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

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

o) să informeze asiguraţii cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicaţiilor medicale şi consecinţele nerespectării acestora, precum şi cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative; În condiţiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Listă, sau a unor medicamente incluse în Listă dar care nu se decontează din Fond pentru indicaţiile pentru care au fost recomandate, să informeze asiguraţii prin medicii curanţi/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

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

q) să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare atât în prevederi, cât şi în execuţie;

r) să achiziţioneze, în condiţiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ţinând cont de nevoile reale, consumurile realizate şi de stocurile cantitativ-valorice, în condiţiile legii, la nivelul preţului de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare;

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

ş) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi numai pentru situaţii justificate prescripţia electronică off-line, pentru medicamente din cadrul programelor naţionale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, şi să o elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru medicamentele şi materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naţionale de sănătate curative; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere.

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

ţ) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale, potrivit prevederilor legale în vigoare; în vederea asigurării tratamentului cu medicamente biologice, precum şi în cazul medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea acestora în foaia de observaţie clinică generală/foaia de spitalizare de zi se realizează pe denumire comercială. În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor

u) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, serviciile medicale 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 prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

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

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

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

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

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

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

ad) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naţionale curative de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile, ortopedie şi boli cardiovasculare, după caz. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operaţional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

af) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ag) să transmită integral toate cazurile care au beneficiat de materiale sanitare specifice în cadrul programului naţional de ortopedie, către Registrul Naţional de Endoprotezare (R.N.E.) conform Procedurii de Raportare a R.N.E., prin intermediul formularelor standardizate, cu frecvenţa lunară către R.N.E.

V. Valoarea contractului

Art. 6 - 1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2022, valoarea contractului (Se detaliază fiecare program/subprogram.) este:

1 ..... lei;

2 ..... lei;

Suma contractată pe an se defalcă pe trimestre.

3. Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, CAS decontează contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse/transmise la CAS până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate.

VI. Finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative

Art. 7 - (1) Unitatea sanitară prezintă în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea indicatorii specifici programelor realizaţi în luna anterioară şi documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente şi/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, cererea justificativă, însoţită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă.

(2) Pentru serviciile medicale, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi, valoarea serviciilor efectuate, tariful/serviciu medical, copii ale referatelor de solicitare a serviciilor medicale, după caz.

(3) Pentru serviciile de diagnosticare şi monitorizare a leucemiilor acute, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi diagnosticaţi, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu de diagnosticare a leucemiilor acute, precum şi copii ale referatelor de solicitare a serviciilor de diagnostic şi a rezultatelor serviciului efectuat.

Art. 8 - (1) Casa de asigurări de sănătate analizează indicatorii prezentaţi prin decont, gradul şi modul de utilizare a fondurilor puse la dispoziţie anterior, precum şi stocurile cantitativ-valorice, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la primire.

(2) *** Abrogat prin O. nr. 506/2023 de la data de 6 iulie 2023.

(3) Decontarea contravalorii facturii prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice achiziţionate, în condiţiile legii, se realizează de către casa de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii acesteia, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, cu excepţia serviciilor medicale pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.

VII. Răspunderea contractuală

Art. 9 - Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 10 - Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate şi analizează indicatorii prezentaţi.

Art. 11 - (1) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 5 lit. a) - c), e) - h), j), o) - s), ţ), v), x), y), z), ac), ad) şi ae) atrage aplicarea unor sancţiuni de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5 % din valoarea

medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru programul/subprogramul/activitatea respectivă;

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

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea 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 situaţii pentru programul/subprogramul/activitatea respectivă.

(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. u) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:

a) reţinerea 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 situaţii pentru programul/subprogramul/activitatea respectiv.

b) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 2% faţă 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 situaţii pentru programul naţional/subprogramul respectiv.

c) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către unităţile sanitare cu paturi a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi ieşire pentru medicamentele eliberate şi raportate se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie de punere pe piaţă, raportarea unui medicament din donaţii, sponsorizări sau alte surse de finanţare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătăţii, precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată. În situaţia în care se constată neconcordanţe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată şi 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 obligaţiile prevăzute la art. 5 lit. n), ş), t), aa), ab) şi af) se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţie;

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

(4) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 5 lit. w), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. w), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.

(5) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea obligaţiile prevăzute la art. 5 lit. ag) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează 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 şi 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) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni 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. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia unităţii sanitare, aduce la cunoştinţa acesteia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia 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 acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării unităţii sanitare, prin plată directă. În situaţia 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 unităţile sanitare care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(8) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) şi (2).

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

Art. 12 - Contractul încheiat de către unităţile sanitare cu paturi pentru furnizare de servicii medicale în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, se suspendă printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situaţii:

a) nu mai îndeplinesc condiţiile de acordare a tratamentului specific bolnavilor incluşi în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

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

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 desfăşurării activităţii furnizorului;

(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

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

Art. 13 - Contractul încheiat de către unităţile sanitare cu paturi cu casele de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

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

(ii) încetare, după caz, prin constatarea ori declararea nulităţii, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desfiinţare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege;

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

VIII. Soluţionarea litigiilor

Art. 14 - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

IX. Clauze speciale

Art. 15 - Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2022.

Art. 16 - Se pot încheia acte adiţionale la prezentul contract în situaţia în care se aprobă modificări în volumul şi în structura programului/subprogramului, pe parcursul derulării acestuia.

Art. 17 - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului, în conformitate cu prevederile legale. Dacă pe durata derulării prezentului contract expiră termenul de valabilitate a autorizaţiei sanitare, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare pentru toată durata de valabilitate a contractului.

X. Forţa majoră

Art. 18 - (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării prezentului contract şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu se procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea la termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

XI. Dispoziţii finale

Art. 19 - Orice modificare poate fi făcută numai cu acordul scris al ambelor părţi.

Art. 20 - În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

XII. Alte clauze

.....

Prezentul contract s-a încheiat astăzi, ..., în două exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, şi se completează conform normelor legale în vigoare.

Casa de Asigurări de Sănătate
.....
Director general,
.....

Furnizor de servicii medicale
.....
Manager,
.....

Director executiv
Direcţia management şi economic,
.....

Director financiar-contabil,
.....

Director executiv
Direcţia relaţii contractuale,
.....

Director medical,
.....

Medic-şef,
.....
Avizat juridic, contencios
.....

Anexa Nr. 2
la Normele tehnice

CONTRACT
de furnizare de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate curative în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., e-mail ..... reprezentată prin Director general .....,

şi

- Societatea farmaceutică ....., reprezentată prin .....
- Farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentată prin ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax .....e-mail ....., şi punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....

II. Obiectul contractului

Art. 1 - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative

Art. 2 - Furnizarea medicamentelor şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind sublista C - secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, precum şi a reglementărilor Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....., denumite în continuare norme tehnice.

Art. 3 - Furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare se va desfăşura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societăţii:

1. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. .../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;
2. ..... din ....., str. .....nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. .../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;
3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. .../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....

NOTĂ: Se vor menţiona şi oficinele locale de distribuţie cu informaţiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Art. 4 - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023.

Art. 5 - Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. .....

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6 - (1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu, în condiţiile legii, să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina de internet proprie şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum şi materialelor sanitare specifice raportate contractate, efectuate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă/calificată, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

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

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate curative şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a

casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de medicamente, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale 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 şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare şi altor asemenea, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de acestea, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative care să ateste eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să ţină evidenţa distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naţionale curative de oncologie, diabet zaharat pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

j) să ţină evidenţa distinctă pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

k) să deconteze contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

(2) Casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), are obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora.

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

Art. 7 - Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

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

b) să furnizeze medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, în mod nediscriminatoriu, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

c) să întocmească şi să prezinte/transmită în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele şi materialele sanitare specifice la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative, în vederea decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente medicamentelor şi materialele sanitare specifice, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate în limita sumei prevăzute în contract. Medicamentele şi materialele sanitare specifice din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente şi materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

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

e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operaţional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor/materialelor sanitare specifice/dispozitivelor medicale specifice; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligaţi să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

i) să folosească sistemul naţional 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 legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

j) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele, materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative cu privire la tipul şi cantitatea medicamentelor şi materialelor sanitare achiziţionate şi evidenţiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei şi care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

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

l) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

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

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

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

p) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie. Acest program se stabileşte potrivit prevederilor legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

q) să elibereze asiguraţilor medicamentele din prescripţiile medicale şi/sau materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative din prescripţiile medicale; indiferent dacă

medicul care a emis prescripţia medicală se află sau nu în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală farmacia;

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

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

ş) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie;

t) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

ţ) să elibereze materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative precum şi medicamente al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi; în cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât preţul de decontare, farmacia poate încasa de la asiguraţi, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul medicamentului prescris şi preţul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare;

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

v) să elibereze medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naţionale curative de oncologie şi diabet zaharat, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

v3) bolnavii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

w) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/dispozitivele medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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, şi să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale consumul de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice, însoţit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de decontare stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ;

x) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală consumul de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative

şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare, la preţurile de decontare stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ;

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

z) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripţiei la momentul eliberării medicamentelor şi/sau materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice, potrivit prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalităţi de plată

Art. 8 - (1) Decontarea medicamentelor şi materialelor sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative eliberate se face pe baza următoarelor documente: factură/facturi, borderouri centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată şi prescripţii cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante.

(2) Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se repartizează stabilindu-se în acest sens o valoare orientativă a contractului care se defalcă pe trimestre.

(3) Valoarea orientativă a contractului pentru eliberarea de medicamente şi materiale sanitare specifice în cadrul programelor naţionale de sănătate curative este de: ..... lei, din care:

Trimestrul I ..... lei,
Trimestrul II ..... lei,
Trimestrul III ..... lei,
Trimestrul IV ..... lei,

NOTĂ:
Se specifică pentru fiecare program/subprogram de sănătate.

Art. 9 - (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun/transmit la casele de asigurări de sănătate până la data de.....a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Documentele necesare decontării, respectiv facturile şi borderourile centralizatoare în format electronic, se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Art. 10 - În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract, precum şi în cazul nerespectării obligaţiei de la art. 7 t), se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

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

(2) în cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. a), b), d), e), f), h), k) - ş), ţ), v) - z) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. m) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(3) în cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiei prevăzute la art. 7 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 şi în cazul în care se constată eliberarea şi raportarea de medicamente expirate, trimestrial se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi ieşire pentru medicamentele eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie de punere pe piaţă, precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată.

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

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni 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. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de medicamente, aduce la cunoştinţa furnizorului de medicamente

faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia 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 acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situaţia 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

(7) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciştilor din România, precum şi Ministerul Sănătăţii sau Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, după caz, cu privire la aplicarea fiecărei sancţiuni pentru nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. t), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competenţă.

(8) Situaţia în care furnizorul nu pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative menţionate la art. 7 lit. j) reprezintă contravenţie potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi se sancţionează conform art. 313 lit. b) din acelaşi act normativ.

Art. 11 - (1) Decontarea contravalorii medicamentelor şi materialelor sanitare specifice care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative se face de către casa de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor, ca urmare a verificării prescripţiilor medicale şi a borderourilor centralizatoare depuse de furnizori în vederea decontării.

(2) Prescripţiile medicale online şi offline se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(3) *** Abrogat prin O. nr. 506/2023 de la data de 6 iulie 2023.

Art. 12 - Plata se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

VII. Răspunderea contractuală

Art. 13 - Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Art. 14 - Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăţilor.

VIII. Clauză specială

Art. 15 - (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, încetarea şi suspendarea contractului

Art. 16 - (1) Prezentul contract de furnizare de medicamente şi materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea casei de asigurări de sănătate, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi întrerupe activitatea pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul încetării, indiferent de motiv, a valabilităţii autorizaţiei de funcţionare;

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

e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/dispozitive medicale specifice neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1); pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societăţii a sancţiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii se aplică sancţiunile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. m) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

h) furnizorul nu deţine actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare specifice/dispozitive medicale specifice eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

i) la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. u).

(2) Pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), şi i) pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. c), h) şi u) se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

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

Art. 17 - Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative încetează în următoarele situaţii:

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

i. furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

ii. încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

iii. încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) în cazul încetării contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părţi conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

Art. 18 - 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 situaţii:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părţi conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului; suspendarea contractului de furnizare de medicamente şi materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice în cadrul programelor naţionale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 desfăşurării activităţii furnizorului;.

Art. 19 - (1) Prevederile art. 17 şi 18 referitoare la situaţiile de încetare şi suspendare a contractului se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

(2) în situaţia în care prin farmaciile excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societăţile respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuţie cuprinse în aceste contracte.

Art. 20 - (1) Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 17 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

Art. 21 - (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părţilor.

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

XI. Modificarea contractului

Art. 22 - (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin.....zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

Art. 23 - În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Art. 24 - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor

Art. 25 - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente şi materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate Director general, ...	Furnizor de medicamente şi materiale sanitare Reprezentant legal .....

Director executiv
Direcţia economică,
.....

Director executiv
Direcţia relaţii contractuale,
.....

Medic-şef,

.....

Vizat juridic, contencios
.....

Anexa Nr. 3
la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., adresă e-mail ....., reprezentată prin Director general .....,
şi
Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare:
- laboratorul individual ....., str. ..... nr. ...., bl ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... având sediul în municipiul/oraşul ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular.....;
- laboratorul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ....., sc. ....., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;
Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. .....nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncţional - unitate fără personalitate juridică şi Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;
Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncţional - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail .....fax .....reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

Art. 1
Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice pentru programul/subprogramul naţional de sănătate curativ
.....
(se specifică fiecare program/subprogram)
conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative
aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....., denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2 - Furnizorul din asistenţă medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice

prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în normele tehnice, respectiv:
a) .....;
b) .....;
c) .....;
d) .....;
Art. 3 - Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative se face de către următorii medici sau biolog, chimist, biochimist:
a) Medic sau biolog, chimist, biochimist
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....

IV. Durata contractului

Art. 4 - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023.
Art. 5 - Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate
Art. 6 - (1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi sau acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare, după caz, şi care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice, în condiţiile legii, şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina de internet proprie şi la sediul casei de asigurări de sănătate, a listei nominale a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi a valorii de contract a fiecăruia, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;
b) să deconteze furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;
c) să informeze Furnizorul cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil Furnizorul cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să efectueze prin structurile de control sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;
f) să înmâneze furnizorului, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale 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 şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizori sumele reprezentând contravaloarea investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de acestea, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea investigaţiilor paraclinice;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere;

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale paraclinice, acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea investigaţiilor paraclinice, după caz, beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii 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 situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(2) Casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), are obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

Art. 7 - a) să furnizeze servicii medicale paraclinice bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, fără niciun fel de discriminare şi să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii medicale paraclinice;

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

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

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea şi să întocmească evidenţa 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 paşaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant - cod parafă, serviciile efectuate;

e) să întocmească şi să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile medicale paraclinice la casa de asigurări de sănătate factura, însoţită de documentele justificative în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract şi a sumelor disponibile cu această destinaţie;

f) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligaţi să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal.

g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care devine operaţional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical

şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

j) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale paraclinice acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale paraclinice înregistrate off-line 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 şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale

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 condiţiile 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale paraclinice acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale paraclinice nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

m) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: servicii medicale paraclinice care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative şi 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 afişeze într-un loc vizibil, programul de lucru pe care trebuie să-l respecte şi serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative; informaţiile privind serviciile medicale paraclinice şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală

p) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice, în cel mult 10 zile, medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

q) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; investigaţiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate; investigaţia 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;

r) să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte 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 şi au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

ş) să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice, potrivit specificaţiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

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

ţ) să asigure prezenţa 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 şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi, respectiv de 7 ore,

programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezenţa unui medic de radiologie şi imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă pe zi, respectiv de 6 ore.

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 Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, pentru aparatura din dotare, după caz;

v) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde servicii medicale paraclinice bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

y) să întocmească evidenţe distincte şi să le raporteze, însoţite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate şi decontate din bugetul Fondului, titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale

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

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

VI. Modalităţi de plată

Art. 8 - Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu este:

a) Programul naţional de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate:

- tarif/serviciu de dozare hemoglobină glicozilată: 38 de lei;

b) Programul naţional de PET-CT:

- tarif/serviciu investigaţie PET-CT: 4.000 de lei;

c) Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne:

- tarif/serviciu de testare genetică pentru neuroblastom (3 testări): 2.103 lei;
- tarif/serviciu de testare genetică pentru sarcom Ewing: 701 lei;
- tarif/serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom - IHC: 240 de lei;
- tarif/serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom - FISH: 701 lei;
- tarif/serviciu de testare genetică pentru retinoblastom: 240 de lei;
- tarif/serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central - panel de teste nr. 1: 240 de lei/set, maximum 2 seturi/pacient; 1 set conţine 1 - 4 teste;
- tarif/serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central - panel de teste nr. 2: 701 lei;

d) Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară

- tarif/serviciu prin imunofenotipare pentru neoplasm mielodisplazic: 2.000 de lei;
- tarif/serviciu prin imunofenotipare pentru sindroame limfoproliferative cronice: 800 de lei;
- tarif/serviciu prin examen citogenetic şi FISH pentru neoplasme mielodisplazice/leucemie mieloidă cronică/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ: 1.200 de lei;
- tarif/serviciu prin examen FISH pentru mielom multiplu: 2.000 de lei;
- tarif/serviciu prin examen FISH pentru sindrom limfoproliferativ cronic/sindrom hipereozinofilic: 1.000 de lei;
- tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCR-ABL calitativ pentru leucemie mieloidă cronică: 200 de lei;
- tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCR-ABL cantitativ pentru leucemie mieloidă cronică: 1.000 de lei;

- tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară calitativ/RT-qPCR pentru neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/mastocitoză sistemică, sindrom hipereozinofilic/sindrom limfoproliferativ cronic: 1.000 de lei;
- tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvenţiere convenţională sau NGS pentru leucemie mieloidă cronică pentru detecţia mutaţiilor BCR-ABL în caz de pierdere a răspunsului: 1.500 de lei;
- tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvenţiere convenţională sau NGS pentru neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/ sindrom limfoproliferativ cronic: 4.000 de lei.

e) Subprogramul naţional de testare genetică:

1. cancer colorectal local avansat sau metastazat:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru cancer colorectal local avansat sau metastazat: 2.200 de lei;

2. cancer ovarian local avansat şi metastazat:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat - panelul de testare nr. 1: 2.950 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat - panelul de testare nr. 2: 2.700 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat şi metastazat - panelul de testare nr. 3: 7.500 de lei;

3. cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC):
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 240*lei/set, maximum 2 seturi/pacient, 1 set conţine 1 - 4 teste;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - formele metastatice/an: 5.800 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - formele local avansate/an: 5.150 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - forme metastatice/an: 1.300 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) - forme local avansate/an: 650 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 4, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 1.964 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 5, pentru cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 834 de lei;

4. cancer de sân:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 1, pentru cancer de sân/an: 240 de lei/set, maximum 2 seturi/pacient; 1 set conţine 1 - 4 teste;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 2, pentru cancer de sân/an: 670 de lei;
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică din panelul de teste nr. 3, pentru cancer de sân/an: 4.864 de lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Număr servicii	Tarif	Total lei
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
1.				
2.				
.....				
TOTAL		x	x	

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:
- suma aferentă trimestrului I ..... lei,
- suma aferentă trimestrului II ..... lei,
- suma aferentă trimestrului III ..... lei,
- suma aferentă trimestrului IV ..... lei.

Art. 9 - Decontarea serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative se face lunar, în ordine cronologică, în termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii şi a documentelor justificative la casa de asigurări de sănătate. Factura şi documentele justificative se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... . Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 10 - Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 11 - Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

Art. 12 - (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) în cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

Art. 13 - Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

Art. 14 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. a), b), d), f), h), o), p), r), s), ş), w), x), y) şi aa) se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii;

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

(2) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. q) şi/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care sau înregistrat aceste situaţii.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. g), n) şi z) se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii;

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

(4) în cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. m), se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

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

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni 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. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia 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 acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia 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 ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

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

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

Art. 15 - (1) Contractul se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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 îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

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

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

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

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu excepţia situaţiilor 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. 14 alin. (1) - (4). pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege 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. 14 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. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. ţ) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege 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 situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. c), u) t) şi v);

j) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art. 7 lit. l);

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

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

Art. 16 - (1) Contractul încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului

Medicilor din România;
b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;
d) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;
(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative, încetează odată cu contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.
Art. 17 - Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice încheiat conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.
b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 desfăşurării activităţii furnizorului;
d) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situaţii de absenţă a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului.
(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - c), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigaţii medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.
(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. d) pentru perioada de suspendare, valoarea de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.
Art. 18 - (1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. b) şi c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.
(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

Art. 19 - (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.
(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Art. 20 - (1) în condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.
(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate programelor naţionale de sănătate curative, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.
Art. 21 - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.
Art. 22 - Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XIII. Soluţionarea litigiilor

Art. 24 - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul

contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

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

Casa de Asigurări de Sănătate
Director general,
.....

Furnizor de servicii medicale paraclinice
Reprezentant legal,
.....

Director executiv
Direcţia economică,
.....

Director executiv
Direcţia relaţii contractuale,
.....

Medic-şef,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

Anexa Nr. 4
la Normele tehnice

CONTRACT
pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu pentru bolnavii incluşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. .... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ..... reprezentată prin director general .....,

şi

Unitatea sanitară ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., având actul de înfiinţare/organizare nr. ....., Autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. ....., Dovada acreditării/Dovada înscrierii în procesul de acreditare nr. ....., Avizul eliberat de Ministerul Sănătăţii nr. ....., codul fiscal ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată durata Contractului nr. .....,

II. Obiectul contractului

Casa de asigurări de sănătate ..... şi Furnizorul au încheiat prezentul contract pentru furnizarea serviciilor de dializă în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, denumite în continuare norme tehnice.

III. Dispoziţii generale

Art. 1 - (1) Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru bolnavii asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asiguraţi în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiţia plafonului de plăţi, conform art. 25.

(3) La nivelul centrelor de dializă se acordă servicii de hemodializă atât bolnavilor aflaţi constant în evidenţă, în limita a 156 de şedinţe/an pentru tratamentul continuu, cât şi bolnavilor trataţi temporar (bolnav temporar), precum şi servicii de dializă peritoneală bolnavilor aflaţi constant în evidenţă, cât şi celor trataţi temporar (bolnav temporar).

(4) Bolnavul constant este bolnavul tratat prin dializă pentru IRC în stadiu uremic, care necesită tratament substitutiv renal (FG < 15 ml/min./1,73 mp), înregistrat în Registrul de evidenţă a bolnavilor dializaţi al unui centru de dializă, în care bolnavul beneficiază de şedinţe de hemodializă mai mult de 12 săptămâni.

(5) La nivelul centrelor de dializă bolnavii constanţi reprezintă atât bolnavii contractaţi cât şi bolnavii nou-introduşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, în calitate de bolnavi cronici.

(6) Bolnavul temporar este bolnavul tratat prin dializă într-un centru de dializă pentru mai puţin de 12 săptămâni, respectiv:

a) bolnavul hemodializat pentru IRC în stadiu uremic, înregistrat în Registrul de evidenţă a bolnavilor dializaţi al unui alt centru de dializă, transferat temporar, cu respectarea condiţiilor şi formalităţilor de transfer prevăzute în Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023, cu modificările şi completările ulterioare;

b) bolnavul titular al cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi bolnavii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

(7) Bolnavul nou-inclus în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică este bolnavul la care iniţierea tratamentului (primele 3 - 6 şedinţe de hemodializă, respectiv primele 14 - 21 de zile de tratament prin dializă peritoneală) s-a realizat într-o unitate sanitară cu paturi, în condiţiile Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023, cu modificările şi completările ulterioare, aflată în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Includerea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în bugetul aprobat pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, cu respectarea criteriilor de calitate prevăzute în normele de dializă.

(8) În cazul în care pe durata executării contractului există situaţia în care un bolnav constant a întrerupt tratamentul (transplant renal, deces sau alte cauze de ieşire din program) şi se vacantează un loc în centrul de dializă, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre această situaţie la sfârşitul fiecărei perioade de raportare.

(9) În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primeşte noi adeziuni de la bolnavii nou-incluşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, includerea bolnavilor în centru, pentru continuarea tratamentului cronic prin dializă, se realizează astfel:

a) Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre aceste solicitări, va preciza dacă este un bolnav nou-introdus pe un post vacantat prin ieşirea din Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieşire din program) sau dacă este un bolnav nou-introdus pe un loc liber creat prin transferul definitiv al unui bolnav constant într-un alt centru care are un loc vacantat, îl va raporta ca bolnav nou-tratat în centru, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat din centru şi cu încadrarea în valoarea de contract.

b) Bolnavul nou-inclus în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, care nu a putut fi introdus pe un post liber sau vacantat în centrul de dializă, se va raporta ca bolnav nou-tratat în centru şi se va informa casa de asigurări de sănătate dacă valoarea estimată a serviciilor aferente acestui bolnav se încadrează în valoarea de contract sau serviciile aferente acestui bolnav depăşesc valoarea de contract.

În cazul în care, serviciile aferente bolnavului nou-introdus depăşesc valoarea de contract, casa de asigurări de sănătate va transmite spre analiză, Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aceste situaţii, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

Casa de asigurări de sănătate va putea încheia acte adiţionale, după caz, astfel:

i) doar de suplimentare a numărului de bolnavi contractat, dacă serviciile bolnavilor nou-introduşi se încadrează în valoarea totală de contract sau,

ii) acte adiţionale de suplimentare a numărului de bolnavi contractat şi a valorii de contract, dacă serviciile bolnavilor nou-intraţi depăşesc nivelul contractat, în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, numai cu avizul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Furnizorul va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să onoreze solicitările de preluare în centru a bolnavilor care au optat prin adeziune continuarea tratamentului cronic prin dializă, în condiţiile Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023, cu modificările şi completările ulterioare.

(10) În cadrul raportării lunare de servicii de dializă, bolnavul nou-inclus în evidenţa unui centru de dializă va fi raportat de centrul de dializă în care urmează să fie tratat constant, trecând în tabelele prevăzute în anexele B1 şi B2, la rubrica Observaţii: "N", un set minim de informaţii referitoare la bolnav (data iniţierii tratamentului de dializă şi centrul în care s-a făcut iniţierea, centrul de la care provine, după caz, data intrării în centru, modalitatea de includere în centru, după caz). Furnizorii de servicii de dializă vor notifica casele de asigurări de sănătate despre aceste situaţii la sfârşitul perioadei de raportare.

(11) În cazul în care un bolnav constant al unui centru de dializă îşi exprimă adeziunea de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza prin încheierea unui act adiţional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat şi a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, şi de majorare a volumului de servicii estimat contractat şi a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant, respectiv cu modificarea corespunzătoare a prevederilor bugetare.

(12) În situaţii justificate (un centru de dializă nu mai îndeplineşte condiţiile pentru furnizare de servicii de dializă în sistemul de asigurări sociale de sănătate, schimbarea de domiciliu a unui bolnav inclus în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică), furnizorii de servicii de dializă pot solicita majorarea, respectiv diminuarea volumului estimat de servicii de dializă şi a valorii de contract, notificând în acest sens casele de asigurări de sănătate despre aceste situaţii. Părţile pot conveni să majoreze/diminueze volumul estimat de servicii de dializă şi valoarea de contract prin încheierea unui act adiţional, cu încadrarea în fondurile aprobate cu această destinaţie prin buget în anul în curs pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică. Casele de asigurări de sănătate vor informa Casa Naţională de Asigurări de Sănătate despre aceste situaţii justificate. Actul adiţional se încheie în urma analizei de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi cu avizul acesteia, trimestrial sau, după caz, prin diminuarea volumului de servicii estimat contractat şi a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, şi majorarea volumului de servicii estimat contractat şi a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant.

(13) Bolnavii nou-incluşi în evidenţa unui centru de dializă se raportează la Registrul renal român, în termen de 48 de ore, cu obligativitatea înştiinţării Registrului renal român despre orice modificare survenită ulterior (devine bolnav constant, transfer în alt centru, deces, trecere la alt tip de dializă, transplant, pierdere din evidenţă etc.).

(14) În cazul în care în centrul de dializă sunt trataţi bolnavi transferaţi temporar, aceştia vor fi cuprinşi în raportarea lunară a centrului de dializă la care s-au transferat, urmând ca, trimestrial sau după caz, să fie întocmit un act adiţional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat şi a valorii estimate contractate cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul beneficiază de servicii ca bolnav constant. Sumele diminuate trebuie să fie aferente volumului de servicii de care a beneficiat bolnavul pe perioada transferului temporar în alt centru de dializă şi trebuie alocate, prin act adiţional de majorare a volumului de servicii estimat contractat şi a valorii estimate de contract, centrului la care s-a transferat.

(15) Pentru regularizarea serviciilor de dializă, casele de asigurări de sănătate vor transmite, spre analiză, la solicitarea Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, date referitoare la bolnavii trataţi (bolnavi nou-iniţiaţi, bolnavi constanţi, transferaţi definitiv de la alte centre şi numărul locurilor vacante, după caz), pentru fiecare terapie contractată, distinct, pe fiecare unitate cu care este în contract.

(16) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după analiza datelor, va transmite caselor de asigurări de sănătate volumul de servicii estimat şi valoarea estimată contractată, urmând ca acestea să încheie acte adiţionale de regularizare.

(17) Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situaţie în care casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de asigurări de sănătate va plăti Furnizorului tariful contractual, stabilit potrivit art. 20 alin. (2) - (5), pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut la art. 25, dar nu îşi asumă nicio obligaţie de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat.

Art. 2 - (1) În înţelesul prezentului contract, termenii şi noţiunile folosite au următoarea semnificaţie:

a) Caz de forţă majoră înseamnă orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil şi inevitabil.

b) Data intrării în vigoare este data la care prezentul contract intră în vigoare, prevăzută la art. 5.

c) Data încetării are înţelesul prevăzut la art. 4.

d) Data semnării este data la care prezentul contract este semnat de ambele părţi.

e) Furnizorul înseamnă prestatorul de servicii definit potrivit prezentului contract, respectiv: unităţi sanitare publice şi private.

f) Legile includ toate actele normative ale Parlamentului României, acte ale Guvernului României, precum şi toate reglementările şi hotărârile Guvernului mai jos menţionate şi reglementările cu caracter juridic ale autorităţilor publice, municipale şi ale altor autorităţi competente, care afectează în orice mod sau sunt aplicabile serviciilor, astfel cum acestea ar putea fi modificate, completate, înlocuite şi/sau republicate din când în când.

g) Materiale înseamnă toate materialele şi documentaţia furnizată de către Furnizor pentru îndeplinirea serviciilor.

h) Norme de dializă înseamnă regulamentul de organizare şi funcţionare al unităţilor de dializă, cu anexele aferente, precum şi Ghidul de bună practică, astfel cum acestea sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

i) Servicii înseamnă pachetul complet de servicii de dializă, incluse în pachetul de bază, cuprins în normele

de dializă, care include servicii de hemodializă: hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line şi servicii de dializă peritoneală continuă sau automată, precum şi furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice, ce urmează a fi efectuate de către Furnizor în regim ambulatoriu pentru bolnavii asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv transportul nemedicalizat, al bolnavilor hemodializaţi prin hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la şi la domiciliul acestora şi transportul, lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. Serviciile de dializă cuprind:

i.1) serviciul de hemodializă convenţională şi hemodiafiltrarea intermitentă on-line: medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii de laborator, toate cheltuielile necesare realizării serviciului medical de hemodializă şi transportului nemedicalizat al bolnavilor de la domiciliul lor la unitatea sanitară şi retur, excepţie făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani şi persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul, se suportă din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transportului sanitar, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

i.2) serviciul de dializă peritoneală continuă şi automată: medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii de laborator şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

j) Tariful contractual înseamnă tariful plătibil de către casa de asigurări de sănătate Furnizorului pentru serviciile furnizate, conform art. 20.

k) Volumul estimat înseamnă volumul estimat al serviciilor ce urmează să fie furnizate de către Furnizor în condiţiile prezentului contract.

l) Zi lucrătoare înseamnă o zi (dar nu sâmbăta sau duminica, în condiţiile în care prin acte normative nu se stabileşte altfel) în care băncile sunt deschise în mod normal pentru activitatea bancară în România.

(2) Titlurile articolelor din prezentul contract au doar scopul de a înlesni citirea şi nu vor afecta interpretarea acestuia.

IV. Volumul estimat de servicii

Art. 3 - Bolnavi beneficiari ai Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică contractaţi.

Tabelul de mai jos prezintă volumul estimat de servicii corespunzător perioadei contractate

Serviciul	Volumul contractat estimat	Valoarea contractată estimată (lei)
Nr. bolnavi pentru hemodializă convenţională		
Nr. şedinţe de hemodializă convenţională pentru bolnavi constanţi		
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line		
Nr. şedinţe de hemodiafiltrare intermitentă on-line pentru bolnavi constanţi		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată		

Valoarea totală a contractului de la data intrării în vigoare şi până la data de 31 decembrie 2022 este de ..... lei, calculată la tarifele prevăzute la art. 20 alin. (2) - (5), respectiv tarifele prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

V. Durata contractului

Art. 4 - (1) Sub rezerva la art. 5, obligaţiile Furnizorului în baza prezentului contract se vor naşte la data intrării în vigoare a acestuia.

(2) Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 31 decembrie 2023 şi poate fi prelungită prin acte adiţionale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condiţiile respectării dispoziţiilor legale în vigoare.

(3) Pentru anul ....., sumele vor fi angajate în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat.

VI. Condiţii suspensive

Art. 5 - (1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă şi conţinut acceptabile, a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă

îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive prevăzute în anexa A care face parte integrantă din prezentul contract. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părţile nu convin altfel.

(2) Nedepunerea tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive prevăzute în anexa A, în termenul prevăzut la alin. (1), atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

VII. Locaţia serviciilor

Art. 6 - Furnizorului i se solicită să furnizeze servicii în Centrul de dializă ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ..... judeţul .....

VIII. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale de dializă

Art. 7 - Furnizorul are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze servicii medicale de dializă bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinaţiei acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice din cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cu excepţia serviciilor de iniţiere a tratamentului la bolnavii cu insuficienţă renală cronică care nu se decontează din suma aprobată Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică;

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

f) să organizeze evidenţa 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 paşaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, serviciile efectuate, cantitatea şi valoarea de decontat;

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de dializă, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract

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

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

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

m) să solicite cardul naţional de asigurări sociale de sănătate/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru

persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale de dializă. Serviciile medicale de dializă care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

n) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale de dializă acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale de dializă înregistrate off-line 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale 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 condiţiile 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale de dializă acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale de dializă nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

q) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: servicii medicale de dializă care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative şi 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 asiguraţii cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicaţiilor medicale şi consecinţele nerespectării acestora, precum şi cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, precum şi a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;

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

ş) să furnizeze serviciile medicale de dializă potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023, cu modificările şi completările ulterioare privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, precum şi cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licenţierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor şi să utilizeze numai medicamente şi materiale sanitare specifice, aparatură şi echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licenţiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

t) să furnizeze serviciile de dializă bolnavilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

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

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

w) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele

de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum şi serviciile medicale de dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative; informaţiile privind serviciile medicale de dializă şi tarifele corespunzătoare acestora sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

y) să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică pe care îl derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestuia.

aa) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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 îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

ad) să asigure prezenţa personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023, cu modificările şi completările ulterioare;

ae) să asigure mentenanţa şi să întreţină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;

af) să anunţe 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 şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023, cu modificările şi completările ulterioare;

ag) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situaţie privind bolnavii decedaţi;

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

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

aj) să întocmească evidenţe distincte şi să le raporteze distinct, însoţite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale pentru serviciile medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

Art. 8 - Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligaţia de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

B. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Art. 9 - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de dializă autorizaţi şi acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

c) să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a

acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizor, conform 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 de dializă, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de dializă, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor de dializă;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor, pentru a căror corectitudine furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere;

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile de dializă acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor de dializă acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;

k) să monitorizeze activitatea şi calitatea serviciilor efectuate de Furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calităţii şi evidenţele Furnizorului;

l) să urmărească derularea prezentului contract şi modul de îndeplinire a obligaţiilor asumate de Furnizor;

m) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial, să reevalueze volumul serviciilor, ţinându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporţional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;

n) să publice pe site-ul propriu, la termenul de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală;

o) să publice pe site-ul propriu lista unităţilor sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

p) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii 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 situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

IX. Raportarea serviciilor de dializă

Art. 10 - Furnizorii vor transmite lunar caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidenţialităţii datelor, declaraţia de servicii lunară [centralizatorul şi desfăşurătorul privind evidenţa după CNP a bolnavilor cu IRC în stadiu uremic (FG < 15 ml/min./1,73 mp), trataţi prin dializă în centrele de dializă, precum şi sumele aferente], în formatul prevăzut în anexele B1 şi B2.

Documentele se certifică pentru exactitatea şi realitatea datelor raportate prin semnătura electronică a reprezentanţilor legali.

Art. 11 - Documentele menţionate la art. 10 se vor realiza în baza evidenţelor tehnico-operative de la nivelul centrelor de dializă şi se vor transmite în format electronic la casele de asigurări de sănătate lunar, în

primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

Art. 12 - Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la art. 10 exonerează casele de asigurări de sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

Art. 13 - Nerespectarea de către furnizori a termenului menţionat la art. 11, precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care furnizorul a depăşit termenul, respectiv până la raportarea corectă.

Art. 14 - Casele de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare de la primirea raportărilor, vor verifica numărul de bolnavi trataţi, respectarea volumului de servicii estimat prevăzut în contract şi încadrarea în valoarea estimată contractată pe tip de serviciu de dializă: hemodializă şi dializă peritoneală.

Art. 15 - După aplicarea prevederilor art. 14, casele de asigurări de sănătate vor notifica, în scris, furnizorilor observaţiile lor, după cum urmează:

a) valoarea totală a serviciilor validate (numărul de servicii de hemodializă convenţională validate şi suma aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line validate şi suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă validaţi şi valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi şi numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată validaţi şi valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi);

b) valoarea totală a serviciilor invalidate (numărul de servicii de hemodializă convenţională invalidate şi suma aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line invalidate şi suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă invalidaţi şi valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată invalidaţi şi valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi).

c) notificarea va fi semnată de către directorul general, directorul executiv relaţii contractuale/cu furnizorii, medicul-şef, persoana care întocmeşte documentul.

d) Furnizorii, în baza notificărilor primite de la casele de asigurări de sănătate, emit facturi pe care le transmit în format electronic la casele de asigurări de sănătate.

X. Controlul raportării serviciilor de dializă

Art. 16 - Controlul serviciilor de dializă raportate de furnizori se realizează de casele de asigurări de sănătate trimestrial, la centrele de dializă, până la data de 15 a lunii următoare trimestrului pentru care se face controlul.

Art. 17 - Controlul va urmări, în principal, următoarele:

a) acurateţea şi validarea datelor colectate şi raportate;

b) eventuale disfuncţionalităţi;

c) respectarea atât a criteriilor medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât şi a criteriilor de calitate a serviciilor de dializă;

d) orice alte date relevante, inclusiv date prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 18 - În urma fiecărui control efectuat la furnizorii de dializă se va întocmi un raport care va fi transmis structurii de control din cadrul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Art. 19 - Controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie a anului următor.

XI. Plata

Art. 20 - Modalităţi de plată

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează lunar contravaloarea serviciilor de dializă realizate în luna anterioară lunii în care se face decontarea, pentru bolnavii trataţi (constanţi şi transferaţi temporar), în conformitate cu termenii contractuali, cu excepţia serviciilor de iniţiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică.

(2) Pentru bolnavii constanţi supuşi tratamentului de hemodializă convenţională, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/şedinţă de hemodializă convenţională prevăzut în normele tehnice, în funcţie de numărul de şedinţe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenţionale) şi în limita maximului de şedinţe stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate

(3) Pentru bolnavii constanţi, supuşi tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în normele tehnice, în funcţie de numărul de şedinţe de hemodializă efectuate (tariful hemodiafiltrării intermitente on-line) şi în limita maximului de şedinţe stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor hemodializaţi următoarelor categorii de bolnavi:

a) la care ţintele de eficienţă a dializei (eKt/V ≥ 1,4 sau fosfatemie < 5,5 mg/dl) nu pot fi atinse timp de 3 luni consecutiv;

b) tineri cu probabilitate mare de supravieţuire îndelungată prin dializă, dar cu şanse mici de transplant renal, datorită comorbidităţilor asociate;

c) cu polineuropatie "uremică" care nu a putut fi corectată prin tratament corect prin hemodializă

convenţională;

(4) Pentru bolnavii constanţi supuşi tratamentului de dializă peritoneală continuă, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcţie de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală şi tariful/bolnav cu dializă peritoneală continuă prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale continue), în limita valorii de contract

(5) Pentru bolnavii constanţi, supuşi tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcţie de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală şi tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor dializaţi peritoneal următoarelor categorii de bolnavi dializaţi peritoneal:

a) la care ţintele de eficienţă a dializei peritoneale ambulatorii (Kt/V uree > 1,7; clearance creatinină > 60 L /săptămână/1,73 m^2; ultrafiltrat < 1.000 ml/24 ore, absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu sunt atinse timp de 3 luni consecutive;

b) copii preşcolari, la care hemodializa şi dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificile şi grevate de posibile accidente şi complicaţii;

c) care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din cauza asocierii herniilor sau eventraţiilor abdominale;

d) elevi, studenţi sau persoane active din punct de vedere profesional;

e) cu dizabilităţi care îi împiedică să efectueze singuri schimburile peritoneale manuale, dar la care membrii familiei sau asistenta la domiciliu pot face conectarea şi deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

(6) Furnizorul ia cunoştinţă şi consimte că fiecare tarif acoperă toate costurile suportate de Furnizor în legătură cu prestarea serviciilor, incluzând, dar fără a se limita la, echipament, personal, consumabile medicale, produse farmaceutice (inclusiv EPO, atunci când este prescris medical), întreţinere, utilităţi şi orice transport necesar pentru personalul medical şi/sau echipament de la/la domiciliul bolnavilor dializaţi peritoneal (continuu sau automat), respectiv transportul nemedicalizat, al bolnavilor hemodializaţi (hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) de la/la domiciliul asiguratului, şi nicio altă plată suplimentară nu va fi făcută de către casa de asigurări de sănătate.

(7) Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor cronici, asiguraţi în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi cuprinşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică. Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente [agenţi stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracţionate sau nefracţionate, chelatori ai fosfaţilor (sevelamer), agonişti ai receptorilor vitaminei D (alfa calci doi, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigaţii de laborator, materiale sanitare specifice, precum şi transportul dializaţilor de la domiciliul acestora până la centrul de dializă şi retur, cu excepţia cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 şi 18 ani şi al persoanelor cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenţi stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracţionate sau nefracţionate, chelatori ai fosfaţilor (sevelamer), agonişti ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigaţiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum şi transportului, lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

(8) La regularizarea trimestrială sau după caz, în condiţiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face de către casele de asigurări de sănătate, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, atât pentru bolnavii constanţi, ai centrului, cât şi pentru bolnavii transferaţi temporar, cu încadrarea în valoarea totală de contract. Casele de asigurări de sănătate vor putea utiliza fondurile alocate, indiferent de tipul de terapie, prin întocmirea de acte adiţionale, vor deconta serviciile la nivelul realizat conform prevederilor art. V din Ordonanţa de Urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative cu încadrare în valoarea totală a contractului şi vor informa Casa Naţională de Asigurări de Sănătate despre aceste situaţii.

(9) În cazul în care, pe timpul derulării contractului şi nu numai, furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile prevăzute la art. 20 alin. (3) şi (5), de a trata maximum 15% bolnavi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum şi bolnavi prin dializă peritoneală automată, serviciile acordate acestora vor fi decontate până la ieşirea din tratament a bolnavilor, cu condiţia ca furnizorul să nu mai introducă niciun bolnav pe locul acestora, respectând limita de 15% calculată conform art. 20 alin. (3) şi (5).

(10) Furnizorul va depune la casa de asigurări de sănătate declaraţia de servicii lunare, în formatul prevăzut prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care va include tipul şi volumul serviciilor furnizate bolnavilor asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, numărul bolnavilor dializaţi pe tipuri de dializă şi suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Această sumă va fi în funcţie de: (i) numărul şedinţelor de hemodializă convenţională

înmulţite cu tariful hemodializei convenţionale; (ii) numărul şedinţelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulţite cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line; (iii) numărul bolnavilor supuşi dializei peritoneale continue trataţi multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale continue; şi (iv) numărul bolnavilor supuşi dializei peritoneale automate trataţi multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale automate, cu următoarele excepţii:

a) bolnavul tratat prin ambele proceduri (hemodializă şi dializă peritoneală), la care numărul de zile în care s-au efectuat şedinţe de hemodializă (plătite la tarif/şedinţă) se scade din numărul de zile din lună cu dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

b) bolnavul care începe tratamentul de dializă peritoneală în altă zi decât data de întâi a lunii, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif pe bolnav pe zi şi se calculează astfel: tariful dializei peritoneale împărţit la 365 de zile x numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală)

c) bolnavul cu dializă peritoneală continuă sau automată care decedează în decursul lunii de tratament, pentru care calculul se face pentru numărul de zile în care a efectuat dializă peritoneală;

d) bolnavul cu hemodializă care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/şedinţă aferent tipului de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul lunar de şedinţe de hemodializă;

e) bolnavul cu dializă peritoneală care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/bolnav/zi aferent tipului de dializă peritoneală efectuat, cu încadrarea în valoarea de contract pe tipul de terapie.

(11) Furnizorul are obligaţia ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declaraţia de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observaţiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original şi după validarea declaraţiei de servicii lunare. Furnizorul va emite şi va depune, în termen de ..... zile lucrătoare, o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile de la data primirii facturii, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicaţiilor de pe factura emisă de acesta.

(12) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la art. 20 alin. (12) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

(13) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menţionat la art. 20 alin. (12), precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depăşit termenul

(14) Furnizorul are obligaţia de a nominaliza la rubrica "Cumpărător" din factură, pe lângă casele de asigurări de sănătate, în calitate de achizitor, şi centrul de dializă, în calitate de beneficiar.

Datele de identificare ale furnizorilor trebuie să corespundă cu cele din contract. Rubrica "Descrierea produselor" se va completa cu "servicii de hemodializă convenţională", "servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line", respectiv "servicii de dializă peritoneală continuă", "servicii de dializă peritoneală automată", valoarea serviciilor exprimată în lei la tarifele prevăzute în actele normative în vigoare, precum şi numărul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate.

(15) Plata serviciilor de dializă şi regularizarea trimestrială a acestora, se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea de acte adiţionale de suplimentare a valorii de contract, în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate. Actele adiţionale de suplimentare a valorii de contract, pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(16) să includă bolnavul nou-iniţiat şi să deconteze toate serviciile, începând cu primul serviciu, conform reglementărilor Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private;

(17) Casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile aferente bolnavilor la care iniţierea tratamentului a fost efectuată în unităţi din ambulatoriu, cu excepţia situaţiile de forţă majoră, declarate de autorităţi (epidemii, catastrofe naturale, război), care afectează activitatea secţiilor/compartimentelor din spitalele publice şi împiedică iniţierea tratamentului prin dializă în regim de spitalizare continuă, iniţierea tratamentului prin dializă se poate face în unităţile ambulatorii, în condiţiile Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private;

Art. 21 - Suma decontată lunar va corespunde cu:

(1) suma transmisă prin notificare pentru hemodializă (hemodializă convenţională, hemodiafiltrare intermitentă on-line), în concordanţă cu numărul şedinţelor prestate, verificate şi validate înmulţit cu tariful/şedinţă de hemodializă (hemodializă convenţională, hemodiafiltrare intermitentă on-line);

(2) suma transmisă prin notificare pentru dializă peritoneală (dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată), în concordanţă cu numărul bolnavilor supuşi dializei peritoneale, calculată conform art. 20 alin. (11).

Art. 22 - Contractele pentru serviciile de dializă se încheie după aprobarea bugetului anual al Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 23 - (1) Dacă bugetul anual al Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate nu a fost aprobat cu cel puţin 3 zile înainte de 31 decembrie, caz în care limitele de cheltuieli nu pot depăşi 1/12 din prevederile bugetare ale anului precedent, se încheie acte adiţionale de prelungire a contractelor existente, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinaţie, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Contabilitatea operaţiunilor rezultate din contractele încheiate de furnizori se ţine utilizându-se

următoarele conturi:
a) 628 "Alte cheltuieli cu servicii executate de terţi";
b) 401 "Furnizori";
c) 7705 "Finanţarea din bugetul FNUASS".
(3) Înregistrările contabile ocazionate de derularea operaţiunilor rezultate din executarea contractelor încheiate cu furnizorii sunt următoarele:
a) primirea facturilor lunare şi înregistrarea obligaţiei de plată:
- 628 "Alte cheltuielile cu servicii executate de terţi" = 401 "Furnizori";
b) decontarea serviciilor de dializă facturate:
- 401 "Furnizori" = 7705 "Finanţarea din bugetul FNUASS".
Art. 24 - (1) Plăţile de la casa de asigurări de sănătate pentru serviciile furnizate conform prezentului contract sunt sub condiţia aprobării bugetului anual al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate
(2) Sumele se angajează anual, în limita sumelor aprobate prin legea bugetului de stat.
(3) În cazul în care:
a) bugetul anual al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic;
b) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate stabileşte că este o alocaţie bugetară insuficientă în bugetul său anual pentru a finanţa serviciile, conform prezentului contract, orice parte poate înceta prezentul contract în conformitate cu art. 27 alin. (2) lit. c) sau părţile pot conveni un volum mai mic de servicii.
Art. 25 - (1) Plata totală ce poate fi făcută de către casa de asigurări de sănătate este de ..... lei, calculată ca suma dintre volumul estimat total al şedinţelor de hemodializă convenţională înmulţit cu tariful hemodializei convenţionale, volumul estimat total al şedinţelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulţit cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line, volumul estimat total al bolnavilor dializaţi peritoneal continuu înmulţit cu tariful dializei peritoneale continue şi volumul estimat total al bolnavilor dializaţi peritoneal automat înmulţit cu tariful dializei peritoneale automate. Tarifele sunt prevăzute în normele tehnice.
(2) Plata totală maximă efectuată de către casa de asigurări de sănătate poate creşte în cazul în care părţile convin să majoreze volumul estimat, astfel cum este prevăzut la art. 3.
(3) În situaţia în care cererea de servicii este mai mică decât volumul estimat, casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat.

XII. Sancţiuni

Art. 26 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de dializă a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), y), z), ab), ad) şi ah) - aj) se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzute art. 7 lit. aa) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(3) Nerespectarea obligaţiei prevăzute art. 7 lit. aa) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la alin. (2) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(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 reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi ieşire pentru medicamentele eliberate şi raportate se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie de punere pe piaţă, raportarea unui medicament din donaţii, sponsorizări sau alte surse de finanţare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătăţii, precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată. În situaţia în care se constată neconcordanţe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată şi cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.
(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. af) şi ag) atrage reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(6) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. ai) se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare se diminuează 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 şi la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% din din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;

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

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 situaţii.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. q), se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

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

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

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (8) pentru furnizorii de servicii medicale de dializă care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni 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. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de de servicii medicale de dializă, aduce la cunoştinţa acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia 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 acţiuni 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 situaţia 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 relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(12) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) - (8) în cazul furnizorilor publici de servicii medicale de dializă.

(13) Nerespectarea de către furnizor a obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. p) reprezintă contravenţie potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi se sancţionează conform art. 313 lit. b) din acelaşi act normativ.

XIII. Încetarea contractului

Art. 27 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

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

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

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

(4) În cazul reorganizării furnizorului de servicii medicale de dializă, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parţial al activităţii medicale către o altă entitate cu personalitate

juridică aflată în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii medicale de dializa încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleaşi condiţii, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente activităţii medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activităţii medicale, cu condiţia ca activitatea medicală preluată să se desfăşoare în aceleaşi condiţii avute în vedere la intrarea în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declaraţii pe propria răspundere a acestuia.

Furnizorul are obligaţia de a depune, până la data convenită între furnizor şi casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relaţiei contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligaţii conduce la încetarea relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adiţional încheiat între părţi cu clauză suspensivă.

(5) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unor furnizori de servicii medicale de dializa, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relaţie 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.

Condiţiile prevăzute anterior sunt aplicabile şi situaţiilor în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale de dializa, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

Art. 28 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situaţii:

a) furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de asigurare a serviciilor medicale de dializă, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică. Suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare a furnizorului de servicii medicale de dializă; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 desfăşurării activităţii furnizorului;

e) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. ac), în condiţiile în care furnizorul de servicii medicale de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare şi dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare.

Art. 29 - 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 situaţii:

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 autorizaţiei sanitare de funcţionare precum şi expirarea certificatului de acreditare sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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 situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii medicale de dializă şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie 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 dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate la art. 7 lit. x);

f) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), ş) şi ac);

g) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. ac) după expirarea termenului prevăzut la art. 28 lit. e);

h) odată cu aplicarea în cursul unui an a sancţiunii prevăzute la art. 26 alin. (1);

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. q).

XIV. Cesiunea sau subcontractarea

Art. 30 - (1) Furnizorul nu are dreptul să cesioneze, în tot sau în parte, drepturile sale în baza prezentului

contract ori să transfere, în tot sau în parte, obligaţiile sale în baza prezentului contract ori să contracteze în întregime sau orice parte a lucrărilor ori sarcinilor legate de prestarea serviciilor, fără acordul scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cu excepţia contractelor menţionate în anexa A.

(2) Sub rezerva acordului scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condiţiile asumate de către Furnizor.

(3) Furnizorul va fi ţinut răspunzător în continuare faţă de casa de asigurări de sănătate, în mod solidar cu cesionarul, pentru îndeplinirea obligaţiilor de către acesta, cu drept de regres împotriva cesionarului.

XV. Modificarea contractului

Art. 31 - (1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

(2) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(3) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XVI. Legea aplicabilă

Art. 32 - Prezentul contract este guvernat şi va fi interpretat în conformitate cu legile şi reglementările din România.

XVII. Răspunderea contractuală

Art. 33 - (1) Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract furnizorul de servicii de dializă va încheia o poliţă de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puţin 100.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru furnizorii de servicii), pentru astfel de riscuri şi în astfel de termeni şi condiţii, cu un asigurător autorizat de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

XVIII. Soluţionarea litigiilor

Art. 34 - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform art. 33 alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIX. Dispoziţii finale

Art. 35 - (1) Regularizarea trimestrială sau după caz se efectuează la nivel naţional de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

(2) În cadrul Furnizorului pot fi acceptaţi la tratament şi bolnavi trataţi temporar, pe baza mecanismului stabilit potrivit normelor legale în vigoare, prin încheierea de acte adiţionale, la prezentul contract.

(3) La regularizarea trimestrială, sau, după caz, prin acte adiţionale la contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate şi furnizori se poate realiza, la tarifele prevăzute în normele tehnice:

a) plata bolnavilor transferaţi definitiv dintr-un centru de dializă la un alt centru de dializă;

b) plata pentru bolnavii transferaţi temporar şi

c) plata pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor componente din statele ai căror asiguraţi sunt cu încadrarea în bugetul alocat programului.

(4) Anual se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate şi validate de casele de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanţi ai centrului, în limita a 156 de şedinţe/bolnav/an, cu excepţia:

a) şedinţelor efectuate bolnavilor, peste 156 de şedinţe/bolnav/an datorită structurii calendaristice a unui an

(an bisect), cu respectarea programului de trei şedinţe de dializă/săptămână;
b) şedinţelor efectuate bolnavelor cu insuficienţă renală cronică în stadiul uremic, care pe perioada sarcinii necesită un număr de până la 6 şedinţe de dializă/săptămână, cu menţinerea ureei serice la valori < 75 mg/dl;
c) şedinţelor efectuate bolnavilor cu insuficienţă cardiacă severă, refractară la alte mijloace de tratament şi care nu suportă încărcări volemice chiar minime (de ex. cardiomiopatii dilatative);
d) şedinţelor efectuate bolnavilor cu pericardită uremică;
e) unor situaţii de urgenţă (hiperpotasemie, încărcare volemică) care pot fi rezolvate în centrele de dializă în ambulatoriu. În funcţie de gravitatea situaţiei, medicul curant din unitatea de dializă decide dacă bolnavul poate fi dializat în regim ambulatoriu sau trebuie trimis pentru spitalizare continuă.
(5) Raportarea şedinţelor suplimentare de hemodializă, faţă de programul de bază, se raportează conform prevederilor normelor tehnice. Furnizorii de servicii de dializă vor înştiinţa casele de asigurări de sănătate despre aceste situaţii la sfârşitul perioadei de raportare.
Art. 36 - Anexele A, B1 şi B2 fac parte integrantă din prezentul contract.
Art. 37 - Alte clauze
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de dializă care se acordă bolnavilor incluşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate	Furnizor de servicii de dializă
Director General,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv	
Direcţia Economică,	
.....	
Director executiv	
Direcţia Relaţii Contractuale,	
.....	
Medic-Şef,	
.....	
Vizat Juridic, Contencios	
.....	

Anexa A

CONDIŢII
obligatorii şi suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu

A. Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:
1. cerere pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu;
2. codul unic de înregistrare (copie de pe certificatul de înmatriculare/înregistrare);
3. autorizaţia sanitară de funcţionare, eliberată de direcţia de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, sau certificatul constatator eliberat potrivit Legii nr. 265/2022 privind simplificarea formalităţilor la înregistrarea în registrul comerţului a persoanelor fizice, asociaţiilor familiale şi persoanelor juridice, înregistrarea fiscală a acestora, precum şi la autorizarea funcţionării persoanelor juridice, cu modificările şi completările ulterioare, după caz;
4. avizul eliberat de Ministerul Sănătăţii, cu avizul Comisiei de Nefrologie a Ministerului Sănătăţii, pentru unităţile sanitare private;
5. dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;
6. certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale;
7. dovada contului deschis la Trezoreria Statului;
8. titlu valabil asupra spaţiului în care îşi desfăşoară activitatea centrul de dializă, pentru o perioadă cel puţin egală cu durata contractului;
9. acordul scris al bolnavilor existenţi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, completat în trei exemplare: unul rămâne la unitatea sanitară care a iniţiat dializa, unul la bolnav şi al treilea exemplar va fi transmis la unitatea de dializă spitalicească sau ambulatorie în care bolnavul va continua tratamentul cronic, conform modelului:

ADEZIUNEA BOLNAVULUI

Subsemnatul(a), ..., bolnav(ă) al (a) Centrului de Dializă ....., tratat(ă) prin:
- hemodializă convenţională;

- hemodiafiltrare intermitentă on-line*);
- dializă peritoneală continuă;
- dializă peritoneală automată*),

posesor (posesoare) al (a) C.I. seria ..... nr. ....., eliberată de ..... la data de ....., CNP ....., domiciliat(ă) în ....., dializat(ă) cronic din data de ....., solicit efectuarea şedinţelor de dializă în Centrul de Dializă ....., începând cu data de .....

_____

*) În această situaţie adeziunea va fi însoţită de referatul medical elaborat de medicul şef al centrului de dializă, din care să rezulte că sunt întrunite criteriile medicale aprobate prin ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, cu menţionarea expresă a acestor criterii de includere. Referatul medical poate fi întocmit pentru maximum 15% din totalul bolnavilor trataţi în centru pe tipuri de dializă (hemodializă şi dializă peritoneală) şi incluşi în contract cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, cu încadrarea în numărul total de bolnavi cu dializă aprobat.

Data — Semnătura bolnavului
.....

Centrul de dializă de la care pleacă bolnavul:
Am luat cunoştinţă .....

Data ..... — Semnătura medicului şef/coordonator
.....

Centrul de dializă la care bolnavul solicită continuarea tratamentului:
De acord, începând cu data de .....

Data ..... — Semnătura medicului şef/coordonator
.....

B. Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. documente din care să reiasă existenţa personalului în centru, respectiv medici, asistente şi personal auxiliar, cu respectarea normativului minimal de personal prevăzut de Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private:

1.1. documente privind încadrarea personalului potrivit Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private;

1.2. dovada că medicii angajaţi au specializare în Nefrologie;

1.3. dovada că asistenţii medicali generalişti şi cei cu specializare în pediatrie, angajaţi, au Autorizaţie de liberă practică valabilă şi specializare în domeniu. Această specializare va fi obţinută printr-un atestat, după absolvirea unor programe de specializare în domeniul Nefrologie şi Dializă, care se derulează prin instituţii acreditate. Pentru absolvirea programului de specializare, în conformitate cu normele legale în vigoare, va exista o perioadă de 6 ani pentru conformare, de la intrarea în vigoare Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private; .

1.4. dovada că personalul tehnic are pregătire de bază (în cazul în care activitatea de întreţinere a aparatului tehnic nu este externalizată): electronică, electromecanică, automatică (medicală sau nu) şi atestat de specializare pentru tipul de aparate din folosinţa unităţii, conform specificaţiilor producătorului şi normativelor în vigoare;

1.5. dovada că personalul care prepară soluţia concentrată pentru hemodializă are atestat de specializare în operarea aparaturii din dotarea unităţii, numai în unităţile care prepară local soluţia concentrată de dializă;

2. dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabile pe toată durata contractului, însoţite de dovada că primele de asigurare au fost plătite;

3. dovada existenţei următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de dializă:

3.1. contract(e) cu furnizori autorizaţi potrivit legii pentru distribuirea de medicamente şi materiale sanitare specifice hemodializei (hemodializă convenţională şi/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) şi dializei peritoneale (continuă şi/sau automată);

3.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizaţi potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură de dializă şi piese de schimb, precum şi aparatură aferentă;

3.3. contract(e) pentru întreţinerea aparaturii de dializă încheiat(e) cu organizaţii de întreţinere autorizate potrivit legii;

3.4. contract(e) cu laboratoare de analiză evaluate şi autorizate potrivit legii, pentru serviciile cerute conform normelor de dializă, după caz;

3.5. contract(e) cu unităţi de tratare a deşeurilor autorizate potrivit legii, după caz;

3.6. contract(e) cu unităţi de catering autorizate potrivit legii, după caz;

3.7. contract(e) cu transportatori autorizaţi potrivit legii, pentru transportul nemedicalizat, al bolnavilor

hemodializaţi prin hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la şi la domiciliul bolnavilor şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. În situaţia în care transportul, se realizează de către furnizor se vor prezenta documente care să ateste că acesta deţine în mod legal vehiculele folosite pentru transport autorizat şi că este autorizat şi evaluat pentru activitatea de transport sanitar nemedicalizat.

4. dovada din care să rezulte că partenerii contractuali ai furnizorului sunt autorizaţi potrivit legii. Contractele vor trebui să aibă o durată de valabilitate cel puţin egală cu durata contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate;

5. dovada că furnizorul are în dotare în întregime aparate de dializă noi, cu o dată de fabricaţie care să nu fie mai mare de 12 luni de la data intrării în vigoare a contractului (pentru furnizorii care nu au mai fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate). Pentru următoarele contracte încheiate de casele de asigurări de sănătate cu acelaşi furnizor şi pentru acelaşi centru, acesta trebuie să facă dovada că aparatele de dializă din dotare se află în cadrul duratei de funcţionare prevăzute de producător şi că respectă parametrii tehnici funcţionali prevăzuţi de acesta;

6. dovada existenţei unui sistem informatic pentru evidenţa bolnavilor, a serviciilor furnizate şi a produselor;

7. Pentru contractarea serviciilor de hemodiafiltrare intermitentă on-line, furnizorii vor prezenta şi următoarele documente:

7.1. dovada deţinerii aparatului/aparatelor de dializă echipate pentru tratament prin hemodiafiltrare intermitentă on-line (seria aparatului/aparatelor) sau certificatul de conformitate emis de producător, prin care se face dovada că aparatul de dializă este prevăzut cu dispozitiv pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line;

7.2. dovada deţinerii unui contract cu un laborator acreditat pentru analiza apei produse şi încadrarea în nivelurile maxime admise şi cu frecvenţa menţionată potrivit Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private.

8. Pentru contractarea serviciilor de dializă peritoneală automată, furnizorii vor prezenta şi următoarele documente:

8.1. dovada deţinerii aparatelor care pot efectua tratament prin dializă peritoneală automată;

8.2. procesul-verbal de predare-primire al aparatului încheiat cu bolnavul, precum şi consemnarea că bolnavul a fost instruit cu privire la modul de utilizare al acestui aparat.

Documentele vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în copii certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Anexa B1
la contract

Furnizor
Casa de Asigurări de Sănătate .....
Centrul de dializă .....
Raportare pentru luna .....

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ

Centralizator

Tabelul 1 - Hemodializă
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
a – contractaţi
b - contractate
c - pentru bolnavi transferaţi temporar
d - constanţi*)
e - transferaţi temporar

Serviciul de hemodializă, din care:	Bolnavi trataţi				Şedinţe de tratament				Suma de decontat (lei)	Observaţii
	a	din care, realizat:			b	pentru bolnavi constanţi	c	TOTAL		
		d	e	TOTAL						
C0	C1	C2	C3	C4 = C2 + C3	C5	C6	C7	C8 = C6 + C7	C9 = C8*) tarif	C10
Hemodializă convenţională										
Hemodiafiltrare intermitentă on-line										
TOTAL:										

Tabelul 2 - Dializă peritoneală

Serviciul de dializă peritoneală, din care:	Număr de bolnavi			Suma de decontat (lei)	Observaţii
	contractaţi	constanţi*)	transferaţi temporar		
C0	C1	C2	C3	C4	C5
Dializă peritoneală continuă					
Dializă peritoneală automată					
TOTAL:					

*) Prin bolnavi trataţi constant se va înţelege numărul total de bolnavi trataţi în centru.

Tabelul 3 - Suma de decontat

Hemodializă, din care		Dializă peritoneală:		TOTAL:
Hemodializă convenţională	Hemodiafiltrare intermitentă on-line	Dializă peritoneală continuă	Dializă peritoneală automată	
C1	C2	C3	C4	C5 = C1 + C2 + C3 + C4

C1 din tabelul 3 = C9 Hemodializă convenţională din tabelul 1
C2 din tabelul 3 = C9 Hemodiafiltrare intermitentă on-line din tabelul 1
C3 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală continuă din tabelul 2
C4 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală automată din tabelul 2
Certificat în privinţa exactităţii şi realităţii
Furnizor
(reprezentant legal),

Anexa B2
la contract

Furnizor
Casa de Asigurări de Sănătate .....
Centrul de dializă .....
Raportare pentru luna .....

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor cu IRC beneficiari de hemodializă şi dializă peritoneală şi a sumelor de decontat

I. HEMODIALIZĂ
Tabelul I.A - Bolnavi constanţi trataţi prin hemodializă convenţională
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
a - Număr de înregistrare fişă;
b - Număr şedinţe hemodializă convenţională realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convenţională	a	b	Tarif/şedinţă hemodializă convenţională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.B - Bolnavi transferaţi temporar trataţi prin hemodializă convenţională
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
a - Număr de înregistrare fişă;
b - Număr şedinţe hemodializă convenţională realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convenţională transferaţi temporar	a	b	Tarif/şedinţă hemodializă convenţională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.C - Bolnavi transferaţi temporar trataţi prin hemodializă convenţională - cetăţeni străini
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
a - Număr de înregistrare fişă;
b - Număr şedinţe hemodializă convenţională realizate.

Tabelul 1 - Bolnavi trataţi prin hemodializă convenţională

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convenţională transferaţi temporar	a	b	Tarif/şedinţă hemodializă convenţională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 1 - Bolnavi trataţi prin hemodializă convenţională

TOTAL		
Bolnavi cu hemodializă convenţională	Şedinţe hemodializă convenţională	Suma de decontat (lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul I.A + total C1 din tabelul I.B + total C1 din tabelul I.C
C2 = total C4 din tabelul I.A + total C4 din tabelul I.B + total C4 din tabelul I.C
C3 = total C6 din tabelul I.A + total C6 din tabelul I.B + total C6 din tabelul I.C

II. HEMODIAFILTRARE INTERMITENTĂ ON-LINE

Tabelul II.A - Bolnavi constanţi trataţi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
a - Număr de înregistrare fişă;
b - Număr şedinţe hemodiafiltrare intermitentă on-line realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line	a	b	Tarif/şedinţă hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.B - Bolnavi transferaţi temporar trataţi prin hemodiafiltrare
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
a - Număr de înregistrare fişă;
b - Număr şedinţe hemodiafiltrare intermitentă on-line realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line transferaţi temporar	a	b	Tarif/şedinţă hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.C - Bolnavi transferaţi temporar trataţi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line - cetăţeni străini
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
a - Număr de înregistrare fişă;
b - Număr şedinţe hemodiafiltrare intermitentă on-line realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line	a	b	Tarif/şedinţă hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observaţii

	transferaţi temporar					
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 2 - Bolnavi trataţi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line

TOTAL		
Bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line	Şedinţe hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decont (lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul II.A + total C1 din tabelul II.B + total C1 din tabelul II.C
C2 = total C4 din tabelul II.A + total C4 din tabelul II.B + total C4 din tabelul II.C
C3 = total C6 din tabelul II.A + total C6 din tabelul II.B + total C6 din tabelul II.C

III. DIALIZA PERITONEALĂ CONTINUĂ
Tabelul III.A - Bolnavi cu dializă peritoneală continuă

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Număr de înregistrare fişă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1					
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul III.B - Bolnavi transferaţi temporari cu dializă peritoneală continuă - cetăţeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă transferaţi temporar	Număr de înregistrare fişă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 3 - Bolnavi trataţi prin dializă peritoneală continuă

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul III.A + total C1 din tabelul III.B
C2 = total C5 din tabelul III.A + total C5 din tabelul III.B

IV. DIALIZA PERITONEALĂ AUTOMATĂ
Tabelul IV.A - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată	Număr de înregistrare fişă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul IV.B - Bolnavi transferaţi temporar cu dializă peritoneală automată - cetăţeni străini

Nr.crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată transferaţi temporar	Număr de înregistrare fişă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observaţii
C1	C2	C3	C4	C5	C6

1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 4 - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul IV.A + total C1 din tabelul IV.B
C2 = total C5 din tabelul IV.A + total C5 din tabelul IV.B

Tabelul 5 - Bolnavi dializaţi

TOTAL	
Bolnavi cu dializă	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul 1 + total C1 din tabelul 2 + total C1 din tabelul 3 + total C1 din tabelul 4
C2 = total C3 din tabelul 1 + total C3 din tabelul 2 + total C2 din tabelul 3 + total C2 din tabelul 4

Certificat în privinţa exactităţii şi realităţii
Furnizor
(reprezentant legal),
.....

Anexa Nr. 5
la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ..... reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

Unitatea sanitară ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., având actul de înfiinţare/organizare nr. ....., Autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. ....., Dovada acreditării/Dovada înscrierii în procesul de acreditare nr. ....., Autorizaţia emisă de CNCAN nr....., codul fiscal ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. .....

SC ..... cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., având actul de înfiinţare/organizare nr. ....., Autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr. ....., Dovada acreditării/Dovada înscrierii în procesul de acreditare nr. ....., Autorizaţia emisă de CNCAN nr. ....., codul fiscal ..... şi contul nr. ..... deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr. .....

denumit în continuare Furnizor.

II. Obiectul contractului

Art. 1 - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de radioterapie pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate şi

Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ....., denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2 - (1) Furnizorul de servicii de radioterapie prestează asiguraţilor serviciile de radioterapie cuprinse în normele tehnice, respectiv:

a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj,
b) Radioterapie cu accelerator liniar 2D,
c) Radioterapie cu accelerator liniar 3D,
d) Radioterapie cu modularea intensităţii (IMRT),
e) Brahiterapie,
f) Radioterapie stereotactică (SBRT),
g) Iradierea corporală totală sau derivate.

Art. 3 - Furnizarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice se face de către următorii medici, fizicieni medicali, fizicieni experţi .....:

a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: .....
Program zilnic de activitate: .....
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: .....
Program zilnic de activitate: .....
c) Fizician medical
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: .....
Program zilnic de activitate: .....
d) Fizician expert
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Codul numeric personal: .....
Nivel permis exercitare al activităţilor nucleare: .....
Program zilnic de activitate: .....
e) .....
f) .....

IV. Durata contractului

Art. 4 - Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la data de 31 decembrie 2023.

Art. 5 - (1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă şi conţinut acceptabile, a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive prevăzute la punctul II din anexa A la prezentul contract. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părţile nu convin altfel.

(2) Nedepunerea de către Furnizor a tuturor documentelor obligatorii prevăzute la punctul I din anexa A, respectiv a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor suspensive, în termenul prevăzut la alin. (1), atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

(3) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6 - (1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de radioterapie autorizaţi şi acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora,

pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

c) să informeze furnizorul cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorul cu privire la derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către Furnizor, conform 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 de radioterapie, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de radioterapie, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor de radioterapie;

h) să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere.

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile de radioterapie acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor de radioterapie posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii 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 situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza

(2) Casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

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

B. Obligaţiile Furnizorului de servicii de radioterapie

Art. 7 - Furnizorul de servicii de radioterapie are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze servicii de radioterapie bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programul naţional de oncologie şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinaţiei 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, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, furnizorii de servicii de radioterapie vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul subprogramului;

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

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

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de radioterapie, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

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

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

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

n) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată, cu completările ulterioare.

Serviciile de radioterapie 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 de radioterapie şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile de radioterapie acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile de radioterapie, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

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

q) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: serviciile de radioterapie care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative şi 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 şi a doua opinie medicală, cerută expres de asigurat în scris şi care este acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament iniţial;

r) să informeze asiguraţii cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicaţiilor medicale şi asupra consecinţelor nerespectării acestora în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;

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

ş) să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfăşurarea în siguranţă, reglementarea, autorizarea şi controlul activităţilor nucleare, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi Normelor privind radioprotecţia persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiaţii ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei şi al preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi să utilizeze numai aparatură şi 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

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

v) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanţă cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi să-l respecte, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum şi serviciile de radioterapie cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative; informaţiile privind serviciile de radioterapie şi tarifele corespunzătoare serviciilor de radioterapie sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

x) să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în normele tehnice.

y) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice pe care le derulează, precum şi execuţia 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 îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

ab) să asigure prezenţa unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical şi a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă întreagă pe zi programul unităţii de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie şi de fizicianul medical care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

ac) să asigure mentenanţa şi să întreţină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum şi cele stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare;

ad) să întocmească şi să transmită lunar, la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condiţiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

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

af) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale serviciile de radioterapie asigurate potrivit lit. t) şi decontate din bugetul Fondului, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare;

VI. Modalităţi de plată

Art. 8 - (1) Modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif conform normelor tehnice, respectiv:

a) tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj: 29 lei;
b) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 lei;
c) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 lei;
d) tarif/serviciu de radioterapie IMRT adulţi: 640 lei;
e) tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii fără anestezie: 759 lei;
f) tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii cu anestezie: 1.842 lei;
g) tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei;
h) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi adulţi: 3.212 lei;
i) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie: 3.270 lei;
j) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie: 4.352 lei;
k) tarif/serviciu de iradiere corporală totală adulţi fără anestezie: 2.560 lei;
l) tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio - spinală copii fără anestezie: 2.560 lei;
m) tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio - spinală copii cu anestezie: 3.642 lei.

Nr. crt.	**Serviciul de radioterapie**	**Tarif/serviciul de radioterapie (lei)**	**Numărul de servicii**	**Total lei**
C0	C1	C2	C3	C4
1				
2				
3				
...				
TOTAL				

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:
- Trimestrul I ..... lei,
- Trimestrul II ..... lei,
- Trimestrului III ..... lei,
- Trimestrul IV ..... lei,

Art. 9 - (1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declaraţia de servicii lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul şi volumul serviciilor furnizate bolnavilor asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară celei pentru care se face raportarea, numărul bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie pe tipuri de radioterapie şi suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul şedinţelor de radioterapie pe tipuri de radioterapie înmulţit cu tariful tipului de radioterapie. Declaraţia de servicii lunare va fi însoţită, pentru fiecare beneficiar de servicii de radioterapie de un raport, extras din memoria aparatului de radioterapie să ateste tipul de serviciu radioterapie efectuat/bolnav, data acordării serviciului, durata şedinţei.

(2) Furnizorul are obligaţia ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declaraţia de servicii privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate şi factura pentru suma prevăzută în declaraţia de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile

calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului.

(3) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menţionat la alin. (2), precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depăşit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

Art. 10 - (1) Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii de radioterapie va încheia o poliţă de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puţin 100.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al preşedintelui CNAS pentru furnizorii de servicii) pentru astfel de riscuri şi în astfel de termeni şi condiţii, cu un asigurător autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor. Poliţa de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data încetării prezentului contract.

VIII. Clauze speciale

Art. 11 - (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

Art. 12 - Efectuarea de servicii de radioterapie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

Art. 13 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b) - h), m) - o), t) - u), v), y) z) ab) şi ad) - af) se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. i) - l), r), s), şi ac), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. q), se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

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

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

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni 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 are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii de radioterapie, aduce la cunoştinţa acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia 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 acţiuni 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 situaţia 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 servicii de radioterapie care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(7) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) - (6), pentru furnizorii publici servicii de radioterapie.

(8) Nerespectarea de către furnizor a obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. p) reprezintă contravenţie potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi se sancţionează conform art. 313 lit. b) din acelaşi act normativ.

Art. 14 - 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 situaţii:

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

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a 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 autorizaţiei de utilizare eliberată de Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare, conform Legii nr. 111/1996 republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile 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 situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;

d) 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 dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate la art. 7 lit. w);

f) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), ş) şi aa);

h) odată cu aplicarea pe toată perioada contractului a sancţiunii prevăzute la art. 14 alin. (1);

g) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. q).

Art. 15 - (1) Contractul de furnizare de servicii de radioterapie încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

(2) Contractul încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

(3) În cazul reorganizării furnizorului de servicii de radioterapie, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parţial al activităţii medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii de radioterapie încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleaşi condiţii, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente activităţii medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activităţii medicale, cu

condiţia ca activitatea medicală preluată să se desfăşoare în aceleaşi condiţii avute în vedere la intrarea în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declaraţii pe propria răspundere a acestuia.

Furnizorul are obligaţia de a depune, până la data convenită între furnizor şi casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relaţiei contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligaţii conduce la încetarea relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adiţional încheiat între părţi cu clauză suspensivă.

(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unor furnizori de servicii de radioterapie, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relaţie 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.

Condiţiile prevăzute anterior sunt aplicabile şi situaţiilor în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unui furnizor/unor furnizori de servicii de radioterapie, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

Art. 16 - Contractul de furnizare de servicii de radioterapie se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de asigurare a serviciilor de radioterapie, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii 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 desfăşurării activităţii furnizorului;

Art. 17 - (1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. b) şi c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

Art. 18 - (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

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

XI. Modificarea contractului

Art. 19 - (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

Art. 20 - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

Art. 21 - Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XII. Soluţionarea litigiilor

Art. 22 - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

Art. 23 - Anexele A şi B fac parte integrantă din prezentul contract.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de radioterapie care se acordă bolnavilor incluşi în Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate **Director General,** **.....**	**Furnizor de servicii de radioterapie** **Reprezentant legal,** **.....**

Director executiv
Direcţia Economic,
.....

Director executiv
Direcţia Relaţii Contractuale,
.....

Medic-Şef,
.....

Vizat Juridic, Contencios
.....

Anexa A

I. Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de radioterapie:
1) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie;
2) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
3) actul de înfiinţare/organizare, după caz;
4) autorizaţia sanitară de funcţionare/Raportul de inspecţie eliberat de Direcţia de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condiţiilor igienico-sanitare prevăzute de legislaţia în vigoare,
5) avizul eliberat de Ministerul Sănătăţii;
6) autorizaţia de utilizare eliberată de Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare;
7) dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;
8) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, după caz;
9) dovada*) contului deschis la Trezoreria Statului;
10) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
11) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
12) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
13) programul de activitate al furnizorului şi al personalului care îşi exercită profesia la furnizor;
14) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului
15) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
16) documentul care atestă nivelul de pregătire a fizicienilor medicali/experţi şi a tehnicienilor.
17) certificatul de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR) pentru asistentul medical/soră medicală valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;

II. Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de radioterapie:
1) dovada existenţei următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de radioterapie:
1.1. contract(e) cu furnizori autorizaţi potrivit legii pentru distribuirea de medicamente şi materiale sanitare administrării concomitente cu şedinţa de radioterapie.
1.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizaţi potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură pentru

radioterapie;

1.3. contract(e) pentru mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din unitatea de radioterapie autorizate potrivit legii;

1.4. contract(e) cu laboratoare de analize medicale autorizate potrivit legii, pentru investigaţiile necesare evaluării monitorizării evoluţiei bolnavului cu radioterapie pentru furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu şi nu are în structura proprie laborator de analize medicale;

1.5. contract(e) cu unităţi de tratare a deşeurilor autorizate potrivit legii;

1.6. contract(e) încheiat(e) de furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu cu unităţi sanitare cu paturi pentru asigurarea tratamentului eventualelor efecte secundare sau complicaţii ale tratamentului prin radioterapie

2) dovada existenţei unui sistem informatic pentru evidenţa bolnavilor, a serviciilor furnizate.

Documentele menţionate la pct. I şi II vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în copii certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Anexa B

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Centralizator

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Serviciul de radioterapie furnizat	Număr de bolnavi cărora li s-au furnizat şedinţele de radioterapie	Număr şedinţe furnizate	Tarif/ serviciu (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4 = C2*C3
radioterapie cu ortovoltaj				
radioterapie cu accelerator liniar 2D				
radioterapie cu accelerator liniar 3D				
radioterapie IMRT adulţi				
radioterapie IMRT copii fără anestezie				
radioterapie IMRT copii cu anestezie				
brahiterapie				
radioterapie stereotactică bolnavi adulţi				
radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie				
radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie				
iradiere corporală totală adulţi fără anestezie				
iradiere corporală totală sau cranio - spinală copii fără anestezie				
iradiere corporală totală sau cranio - spinală copii cu anestezie				

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii cu ortovoltaj

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie cu ortovoltaj	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie cu ortovoltaj realizate	Tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							

TOTAL		**x**	**x**	**x**		**x**	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie 2D

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie 2D	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie 2D realizate	Tarif/serviciu de radioterapie 2D realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie 3D

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie 3D	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie 3D realizate	Tarif/serviciu de radioterapie 3D realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor adulţi beneficiari de servicii de IMRT

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie IMRT adulţi	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie IMRT adulţi realizate	Tarif/serviciu de radioterapie IMRT adulţi realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de IMRT fără anestezie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie IMRT copii fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie IMRT copii fără anestezie realizate	Tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii fără anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de IMRT cu anestezie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie IMRT copii cu anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie IMRT copii cu anestezie realizate	Tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii cu anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de brahiterapie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de brahiterapie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de brahiterapie realizate	Tarif/serviciu de brahiterapie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor adulţi beneficiari de servicii radioterapie stereotactică

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav	Diagnostic	Cod	Număr de	Număr şedinţe	Tarif/serviciu de	Sumă de

	beneficiar de şedinţe de radioterapie stereotactică adulţi		boală	înregistrare fişă	de radioterapie stereotactică bolnavi adulţi realizate	radioterapie stereotactică bolnavi adulţi realizat	decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii radioterapie stereotactică fără anestezie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie stereotactică copii fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie realizate	Tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii radioterapie stereotactică cu anestezie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de radioterapie stereotactică copii cu anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie realizate	Tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor adulţi beneficiari de servicii de iradiere corporală totală fără anestezie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de iradiere corporală totală adult fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de iradiere corporală totală bolnavi adulţi fără anestezie realizate	Tarif/serviciu de iradiere corporală totală bolnav adult fără anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de iradiere corporală totală sau cranio - spinală fără anestezie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală copil fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală fără anestezie bolnavi copii realizate	Tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio - spinală fără anestezie/ bolnav copil realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ
Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de iradiere corporală totală sau cranio - spinală cu anestezie

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de şedinţe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală copil cu anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fişă	Număr şedinţe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală cu anestezie bolnavi copii realizate	Tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio - spinală cu anestezie/ bolnav copil realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 * C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x	x		

Anexa Nr. 5[1]*)
la Normele tehnice

*) Anexa nr. 5[1] a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii conexe actului medical în cadrul Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ..... reprezentată prin Director general .....,

şi

Unitatea de specialitate ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., denumit în continuare Furnizor.

II. Obiectul contractului

Art. 1 - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor conexe actului medical pentru Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului naţional de sănătate mintală, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările şi completările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile conexe furnizate

Art. 2 - Unităţile de specialitate (Furnizorul) de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist prestează asiguraţilor serviciile cuprinse în normele tehnice, respectiv: servicii de psihoterapie şi/sau consiliere psihologică clinică şi/sau consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie, respectiv intervenţii psihologice validate ştiinţific în tulburări din spectru autist, inclusiv elaborarea unui plan de intervenţie personalizat pentru fiecare bolnav.

Art. 3 - Furnizarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se face de către:

a) .....
Nume: ..... Prenume: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă: .....
Program zilnic de activitate: .....
b) .....
Nume: ..... Prenume: .....
Codul numeric personal: .....
Codul de parafă: .....
Program zilnic de activitate: .....
c).....
d).....

IV. Durata contractului

Art. 4 - Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la data de 31 decembrie 2023.

Art. 5 - (1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă şi conţinut acceptabile, a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor din anexa A la prezentul contract.

(2) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022, cu modificările şi completările ulterioare

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

Art. 6 - (1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii conexe autorizaţi şi evaluaţi sau autorizaţi şi acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să

actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

c) să informeze furnizorul de servicii conexe cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorul de servicii conexe cu privire la derularea Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, conform 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 conexe, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii de servicii conexe care derulează Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sumele reprezentând contravaloarea serviciilor conexe, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor conexe;

h) să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere;

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile conexe acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor conexe posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii conexe, cu respectarea confidenţialităţii 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 situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii conexe a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(2) Casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a publica pe site-ul propriu lista unităţilor de specialitate care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

B. Obligaţiile unităţilor de specialitate (furnizorilor) pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Art. 7 - Furnizorul de servicii conexe are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, servicii conexe şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de acordare a acestui tip de serviciu, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite pentru subprogramul naţional de sănătate curativ, potrivit destinaţiei acestuia;

c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unităţile de specialitate vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul subprogramului;

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

e) să întocmească evidenţa 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 paşaport/număr act identitate, diagnostic specific, serviciilor efectuate;

f) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a psihologului şi a furnizorului;

h) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

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

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

l) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor conexe, acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile conexe acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (11) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

m) să transmită în platforma informatică a asigurărilor de sănătate serviciile conexe, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile 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 şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor conexe acordate se face prin semnătură electronică extinsă,/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile conexe nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile conexe efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat subprogramului naţional de sănătate curativ;

o) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru serviciile conexe care se asigură în cadrul subprogramului naţional de sănătate curativ şi 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 evidenţa cheltuielilor pe fiecare activitate din cadrul subprogramului naţional de sănătate curativ;

r) să raporteze corect şi complet serviciile conexe efectuate;

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

ş) să asigure servicii conexe pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi 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 şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

t) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile conexe, asigurate potrivit prevederilor lit. ş) şi decontate din bugetul FNUASS;

ţ) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală serviciile conexe prevăzute la lit. ş) însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoţitoare;

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 dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operaţional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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

x) să întocmească documentele necesare pentru acordarea/întreruperea serviciilor conexe, după caz;

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

z) să ia toate măsurile necesare pentru respectarea de către furnizorul de servicii conexe a tuturor obligaţiilor privind condiţiile acordării serviciilor conexe, prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educaţie şi sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii, al ministrului educaţiei naţionale şi cercetării ştiinţifice, al ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi persoanelor vârstnice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 968/5194/1945/714/2016, cu modificările ulterioare.

VI. Modalităţi de plată

Art. 8 - (1) Modalitatea de plată a serviciilor conexe este de tarif/serviciu conex, tarif conform normelor tehnice, respectiv: tarif/şedinţă de psihoterapie/de consiliere psihologică clinică/de consiliere sau intervenţie de psihopedagogie specială-logopedie: 135 lei.

(2) Suma anuală contractată este ..... lei, din care:

Trimestrul I ..... lei,

Trimestrul II ..... lei,

Trimestrului III ..... lei,

Trimestrul IV ..... lei,

Art. 9 - (1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declaraţia de servicii conexe lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul şi volumul serviciilor conexe furnizate asiguraţilor în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară celei pentru care se face raportarea, numărul beneficiarilor de servicii conexe, pe tipuri de servicii şi suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul şedinţelor conexe pe tipuri de servicii înmulţit cu tariful tipului de serviciu.

(2) Furnizorul are obligaţia ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declaraţia de servicii conexe privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate şi factura pentru suma prevăzută în declaraţia de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate şi acordării vizei "bun de plată", casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului.

(3) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de

sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menţionat la alin. (2), precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depăşit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

Art. 10 - (1) Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii conexe va încheia o poliţă de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puţin ..... pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al preşedintelui CNAS pentru furnizorii de servicii conexe) pentru astfel de riscuri şi în astfel de termeni şi condiţii, cu un asigurător autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor. Poliţa de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data încetării prezentului contract.

VIII. Clauze speciale

Art. 11 - (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

Art. 12 - Efectuarea de servicii conexe peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Art. 13 - Nerespectarea de către unităţile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 atrage aplicarea unor sancţiuni de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii."

Art. 14 - 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 situaţii:

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 îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii conexe şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;

Art. 15 - (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 situaţii:

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

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

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

(2) Contractul încetează în următoarele situaţii:

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

Art. 16 - (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 situaţii:
a) furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de asigurare a serviciilor conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul subprogramului de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;
b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. h) în condiţiile în care furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, a dovezii de acreditare sau înscrierii în procesul de acreditare, după caz, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei, precum şi a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor; suspendarea operează de drept de la data neîndeplinirii oricăreia dintre condiţiile 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 forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.
(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile conexe.
(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valoarea de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării."

X. Corespondenţa

Art. 17 - (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului declarat în contract.
(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

Art. 18 - (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.
(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

Art. 19 - Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

Art. 20 - Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XII. Soluţionarea litigiilor

Art. 21 - (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.
(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

Art. 22 - Anexele A şi B fac parte integrantă din prezentul contract.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în cadrul Subprogramului naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate **Director General,** **.....**	**Furnizor** **Reprezentant legal,** **.....**

Director executiv
Direcţia Economică,
.....

Director executiv
Direcţia Relaţii Contractuale,
.....

Medic-Şef,
.....

Vizat juridic, contencios
.....

Anexa A
Documentele necesare încheierii contractului

Anexa A - Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

a) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei în concordanţă cu tipul de furnizor, atât pentru furnizor, cât şi pentru psihologii care îşi desfăşoară activitatea în formele prevăzute la art. 6 din Legea nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepţia furnizorilor în care îşi desfăşoară activitatea un singur psiholog care vor încheia asigurare de răspundere civilă profesională în domeniul psihologiei numai pentru acesta;
f) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme;
g) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;
h) programul de activitate al furnizorului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz;
i) certificatul de membru al Colegiul Psihologilor din România pentru fiecare psiholog care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul psihologiei.

Anexa B

DECLARAŢIE LUNARĂ DE SERVICII

Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Furnizor .....
Casa de Asigurări de Sănătate
Raportare pentru luna .....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de servicii conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist	Număr de servicii conexe	Tarif/serviciu conex (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	**C1**	**C2**	**C3**	**C4 = C2 * C3**
1				
2				
.....				
TOTAL				

Anexa Nr. 6
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator PNS medicamente/materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu
pentru luna ..... anul .....
care însoţeşte factura seria ..... nr. ...../data .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - **) Tip document
B - ***) Ţara
C - Total valoare prescripţie
D - Total valoare la preţ de decontare

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. paşaport	Tip formular/ document european	A	B	C	D
	Nr. 2.1	Data 2.2										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
...												
n												
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9).
Prescripţiile vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele/materialele sanitare eliberate pe PNS în luna anterioară.
Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.1
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente în tratamentul ambulatoriu

pentru ..... luna anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - **) Tip document
B - ***) Ţara
C - Total valoare prescripţie
D - Total valoare la preţ de decontare

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. paşaport	Tip formular/ document european	A	B	C	D
	Nr.	Data										
	2.1	2.2										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
...												
n												
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.
Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu excepţia Programului naţional de diabet unde se va completa câte un extras borderou centralizator pentru: insulină, insulină + antidiabetice non-insulinice, respectiv pentru antidiabetice non-insulinice, după caz.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.1.1
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator medicamente eliberate pentru titularii de card european în tratamentul ambulatoriu

pentru luna ..... anul .....

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	Nr. card european	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		
Din care:								
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european pentru PNS								
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru titularii de card european pentru PNS								
.....								

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (8) este cuprins în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.
În extrasul de borderou se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru titularii de card european pentru fiecare PNS.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.
Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.1.2
la Normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii
pentru luna ..... anul .....

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	Nr. paşaport	*) Tip document	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr. 2.1	Data 2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
...									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		
Din care:									
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru acorduri/înţelegeri/convenţii/ protocoale internaţionale pentru PNS									
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înţelegeri/convenţii/ protocoale internaţionale pentru PNS									
.....									

*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.
În extrasul de borderou se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pentru fiecare PNS.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.
Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.1.3
la Normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene

pentru luna ..... anul .....

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	Nr. paşaport	Tip formular/ document european	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr. 2.1	Data 2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
...									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		
Din care:									
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene pe PNS									
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene pe PNS									
.....									

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

În extrasul de borderou se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru titularii de formulare europene pentru fiecare PNS.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.1.4
la normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Tip formular/document european
B - **) Tip document
C - Total valoare prescripţie
D - Total valoare la preţ de decontare

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. şi serie paşaport	A	B	***) Ţara	C	D
	Nr. 2.1	Data 2.2										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
...												
n												
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Din care:												
Subtotal 1 - medicamente pentru DCI-uri notate cu (**)1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, pentru PNS												
Subtotal 2 - medicamente pentru DCI-uri notate cu (**)1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008,												

republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru PNS		
.....		

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (12) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.
Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
În extrasul de borderou se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru DCI-uri notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru fiecare PNS.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.2
la Normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator teste de automonitorizare în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - CNP/CID asigurat
B - Nr. card european
C - Tip formular/document european
D - **) Tip document
E - Total valoare teste la preţ de decontare, din care:
F - Total valoare teste la preţ de decontare copii
G - Total valoare teste la preţ de decontare adulţi

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	A	B	*) Nr. paşaport	C	D	***) Ţara	Nr. teste	Nr. luni	E	F	G
	Nr. 2.1	Data 2.2													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
...															
n															
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Subtotal 1 - Teste de automonitorizare eliberate pentru titularii de card european															
Subtotal 2 - Teste de automonitorizare eliberate pentru acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale															
Subtotal 3 - Teste de automonitorizare eliberate pentru titularii de formulare europene															

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Coloana (13) = coloana (14) + coloana (15)
Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 13
Total coloana (13) este inclusă în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în

contract, pentru testele de automonitorizare eliberate în luna anterioară.

În extrasul de borderou se evidenţiază distinct testele de automonitorizare din reţetele eliberate pentru: titularii de card european, titularii de formulare europene, acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.3
la Normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu

pentru luna ..... anul .....
care însoţeşte factura seria. ..... nr. ...../data .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Tip formular/document european
B - Total valoare prescripţie
C - Total valoare la preţ de decontare

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP/ CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. paşaport	A	**) Tip document	***) Ţara	B	C
	Nr. 2.1	Data 2.2										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
...												
n												
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (8) sau (9).

**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (6), (8) sau (9).

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.3.1
la Normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferent DCI ..... care face obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card european

pentru luna ..... anul .....

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	Nr. card european	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr. 2.1	Data 2.2.						

1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (8) este cuprins în total coloana (12) din anexa nr. 7 la normele tehnice.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.3.2
la Normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferent DCI ..... care face obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii
pentru luna ..... anul .....

- lei -

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	Nr. paşaport	*) Tip document	Ţara	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr. 2.1	Data 2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
...									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

*) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 7 la normele tehnice.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 6.3.3
la Normele tehnice

Societatea Comercială .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Extras borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferent DCI .....care face obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu bolnavilor titulari de formulare europene
pentru luna ..... anul .....

- lei -

Nr.	Bon fiscal	Serie şi nr.	Cod	Nr.	Tip formular/	Ţara	Total valoare	Total valoare la

crt.	Nr.	Data	prescripţie	parafă medic	paşaport	document european		prescripţie	preţ de decontare
	2.1	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
...									
n									
Total	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Total coloana (9) este inclusă în total coloana (12) din anexa nr. 7 la normele tehnice.
Extrasul se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 7
la Normele tehnice

Unitatea sanitară .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Total valoare prescripţie
B - Total valoare la preţ de decontare

- lei -

Nr. crt.	Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. paşaport	Tip formular/ document european	**) Tip document	***) Ţara	A	B
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
...										
n										
Total	x	x	x	x	x	x	x	x		
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european										
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale										
Subtotal 3 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene										
Subtotal 4 - medicamente eliberate corespunzătoare DCI-urilor, notate cu (**)1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările şi completările ulterioare										

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (7) sau (8).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (5), (7) sau (8).
Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 + subtotal 4 diferit de coloana 11

În borderoul centralizator se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale, titularii de formulare europene, precum şi medicamentele eliberate corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările şi completările ulterioare.
Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
Se întocmeşte câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.
Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 7.1
la normele tehnice

Unitatea sanitară .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator PNS ..... materiale sanitare (epidermoliza hidoasă) în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....

- lei -

Nr. crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. paşaport	Tip formular/ document european	**) Tip document	***) Ţara	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
...									
n									
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	
Subtotal 1 - materiale sanitare eliberate pentru titularii de card european									
Subtotal 2 - materiale sanitare eliberate pentru acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale									
Subtotal 3 - materiale sanitare eliberate pentru titularii de formulare europene									

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (7) sau (8).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (5), (7) sau (8).
Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 10

În borderoul centralizator se evidenţiază distinct materialele sanitare eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale, titularii de formulare europene.
Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru materialele sanitare eliberate în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 8
la normele tehnice

Unitatea sanitară .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Total valoare prescripţie
B - Total valoare la preţ de decontare

- lei -

Nr. crt.	Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. paşaport	Tip formular/ document european	**) Tip document	***) Ţara	A	B
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1										
...										
n										
Total	x	x	x	x	x	x	x	x		
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european										
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale										
Subtotal 3 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene										

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (7) sau (8).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (5), (7) sau (8).
Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 11

În borderoul centralizator se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale, titularii de formulare europene.
Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 8.1
la normele tehnice

Unitatea sanitară .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul spitalicesc
pentru luna ..... anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Cod de boală (se va nota diagnosticul bolnavului doar pentru medicamentele pentru care indicaţia de codificare este prevăzută în protocolul terapeutic conform clasificării internaţionale a maladiilor revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală)
B - Total valoare la preţ de decontare

- lei -

Nr. crt.	Serie şi nr. foaie de condică	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*) Nr. paşaport	Tip formular/ document european	**) Tip document	***) Ţara	A	B
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
...										
n										
Total	x	x	x	x	x	x	x	x		
Subtotal 1 - medicamente eliberate pentru titularii de card european										
Subtotal 2 - medicamente eliberate pentru acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale										
Subtotal 3 - medicamente eliberate pentru titularii de formulare europene										

*) Se completează numai în situaţia completării coloanei (7) sau (8).
**) Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.
***) Se completează numai în situaţia completării coloanei (5), (7) sau (8).
Subtotal 1 + subtotal 2 + subtotal 3 diferit de total coloana 11

În borderoul centralizator se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale, titularii de formulare europene.
Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna

anterioară.
Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 9
la Normele tehnice

REFERAT DE SOLICITARE A STABILIRII PROFILULUI MOLECULAR
HEMOPATII MALIGNE

Unitatea sanitară .....
Secţia .....
Tel./fax ....., mail .....
Numele şi prenumele medicului curant .....
Numele şi prenumele bolnavului ....., CNP .....
Diagnostic clinic .....

Hemoleucograma cu frotiu .....
Medulograma .....
Coloraţii citochimice .....
Adenopatii .....
Hepato/splenomegalie .....

Investigaţii solicitate:
1. Imunofenotipare (EDTA) pentru hemopatii maligne
• Sânge periferic sau
• aspirat medular.
2. Examen citogenetic şi FISH
• Sânge periferic sau
• aspirat medular.
3. Biologie moleculară RT - PCR;
• Sânge periferic sau
• aspirat medular.
4. Biologie moleculară secvenţiere convenţională sau NGS
• Sânge periferic sau
• aspirat medular.

Data şi ora recoltării probei .....
Semnătura şi parafa medicului curant

Anexa Nr. 10
la Normele tehnice

REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC GENETIC A TUMORILOR SOLIDE MALIGNE

Unitatea sanitară .....
Secţia .....
Tel./fax ....., mail .....
Numele şi prenumele medicului curant .....
Numele şi prenumele bolnavului ....., CNP .....
Diagnostic clinic .....

Investigaţii solicitate:
1. Testare genetică pentru neuroblastom
2. Testare genetică pentru sarcom Ewing
3. Testare genetică pentru rabdomiosarcom
4. Testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central
5. Testare genetică pentru retinoblastom

Data şi ora recoltării probei .....
Semnătura şi parafa medicului curant .....

Anexa Nr. 10[1*)]
la Normele tehnice

*) Anexa Nr. 10[1] a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

Unitatea sanitară ..... Secţia .....
Nr contract ..... încheiat cu CAS .....
Numele şi prenumele medicului .....
Specialitatea .....
Date contact medic: Tel./fax ....., mail .....

REFERAT DE SOLICITARE A STABILIRII PROFILULUI MOLECULAR

I. Datele de identificare ale pacientului
Nume .....
Prenume .....
CNP .....

II. Datele clinice ale pacientului
a) Diagnostic:
☐ Cancer colorectal local avansat sau metastazat stadiul TNM .....
☐ Cancer ovarian local avansat sau metastazat stadiul TNM .....
☐ Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici (NSCLC) stadiul TMN .....
- o Non-scuamaos
- o Scuamos fumători
- o Scuamos nefumători
- o EGFR+, tratat cu inhibitori EGFR

☐ Cancer de sân stadiul TNM .....
b) Diagnosticul histopatologic a fost confirmat în data de ..... prin rezultatul histopatologic cu nr ..... de către compartimentul/laboratorul de anatomie patologică din cadrul unităţii sanitare .....

III. Servicii de testare solicitate

Diagnostic	Panelul de teste	Solicitare*)
cancer colorectal local avansat sau metastazat	Panelul de teste nr. 1	
Cancer ovarian local avansat sau metastazat	Panelul de teste nr 1	
Cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici (NSCLC)	Panelul de teste nr.1 şi nr 2	
	Panelul de teste nr 1 şi nr 3	
	Panelul de teste nr 1 şi nr 4	
	Panelul de teste nr 5	
Cancer de sân	**Panelul de teste nr 1**	
	Panelul de teste nr. 3	

*) se bifează panelul de teste corespunzător diagnosticului şi profilului pacientului

Data .....
Semnătura şi parafa medicului curant .....

Anexa Nr. 11
la Normele tehnice

1. Formular pentru înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii eligibili cu implant cohlear

Unitatea sanitară		
Numele şi prenumele bolnavului		
CNP		
Domiciliul		
Data implantării		
Urechea implantată (UD, US)		
Data activării procesorului declasat		
Modelul procesorului declasat		
Număr de serie al procesorului declasat		
Motivul declasării	procesor de sunet care a împlinit 7 ani de funcţionare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură	☐

	parametrii optimi de funcţionare	
	procesor de sunet care s-a defectat după ieşirea din perioada de garanţie şi nu mai poate fi reparat - Se ataşează raportul de service.	☐
Data activării procesorului nou		
Modelul procesorului nou		
Număr de serie al procesorului nou		
Observaţii		
Medic specialist ORL: Data:		

2. Formular pentru înlocuirea procesorului de sunet (partea externă) la bolnavii eligibili cu proteză auditivă implantabilă cu ancorare osoasă

Unitatea sanitară		
Numele şi prenumele bolnavului		
CNP		
Domiciliul		
Data implantării		
Urechea implantată (UD, US)		
Data activării procesorului declasat		
Modelul procesorului declasat		
Număr de serie al procesorului declasat		
Motivul declasării	procesor de sunet care a împlinit 5 ani de funcţionare (de la data activării), deoarece din cauza uzurii nu mai asigură parametrii optimi de funcţionare	☐
	procesor de sunet care s-a defectat după ieşirea din perioada de garanţie şi nu mai poate fi reparat - Se ataşează raportul de service.	☐
	procesor de sunet care nu mai asigură auzul datorită formei progresive/evolutive a hipoacuziei; deteriorarea rezervei cohleare care devine nestimulabilă prin procesorul purtat de bolnav, dar permite stimularea prin schimbarea tipului de procesor cu unul de amplificare superioară	☐
Data activării procesorului nou		
Modelul procesorului nou		
Număr de serie al procesorului nou		
Observaţii		
Medic specialist ORL Data:		

Anexa Nr. 12
la Normele tehnice

REFERAT DE JUSTIFICARE PENTRU EXAMEN PET/CT
la bolnavii cu afecţiuni oncologice

*** Abrogată prin O. nr. 436/2023 de la data de 31 mai 2023

Anexa Nr. 13
la Normele tehnice

CONSIMŢĂMÂNT INFORMAT
al bolnavului pentru investigaţia de PET-CT

Subsemnatul, ..., CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, domiciliat în ....., str. ....., nr. ....., identificat cu BI/CI seria ....., nr. ....., am fost informat de dl/dna dr. ..... despre necesitatea efectuării investigaţiei PET/CT, modalitatea practică de realizare a procedurii, riscurile, complicaţiile şi posibilele incidente sau accidente precum şi asupra rezultatelor aşteptate.

Declar următoarele:

1. Toate informaţiile cuprinse în prezentul consimţământ referitoare la persoana mea sunt adevărate.
2. Am fost informat cu privire la investigaţie, am citit nota de informare şi am discutat cu medicul curant toate întrebările pe care le aveam despre procedură.
3. Mă angajez să respect integral programarea pentru efectuarea investigaţiei, să anunţ furnizorului situaţiile

de forţă majoră care mă împiedică să ajung la data şi ora programată şi accept să fiu reprogramat la o dată ulterioară şi fără costuri suplimentare din partea mea, în cazul în care din motive independente de furnizor nu se poate realiza procedura de investigaţii PET-CT (de exemplu, imposibilitatea de utilizare a aparaturii PET-CT înainte/după injectarea sau diminuarea activităţii radiotrasorului sub necesar).

4. Accept rezultatul investigaţiei şi diagnosticul medicului care a efectuat investigaţia şi mă oblig să îl transmit medicului cu specialitatea oncologie medicală/hematologie/oncologie şi hematologie pediatrică/radioterapie/neurologie/neurologie pediatrică, după caz.

5. Voi respecta toate instrucţiunile şi indicaţiile date de furnizor cu privire la efectuarea investigaţiei.

6. Sunt de acord să efectuez investigaţia PET-CT conform recomandării medicului cu specialitatea oncologie medicală/hematologie/oncologie şi hematologie pediatrică/radioterapie/neurologie/neurologie pediatrică, după caz, şi cu administrarea de substanţă radioactivă. Am fost informat despre efectele acesteia, acţiunile şi riscurile posibile.

7. Alte informaţii: (Se pot detalia de furnizori.)
.....

8. Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 şi cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenţei medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Semnătura bolnavului:

Data: Părinte/Tutore:

Anexa Nr. 14
la Normele tehnice

REFERAT MEDICAL

Subsemnatul(a), dr. ....., în calitate de medic curant, specialist în ....., recomand iniţierea terapiei cu:

☐ sistem de monitorizare continuă a glicemiei
☐ pompe de insulină
☐ pompe de insulină cu senzor de monitorizare continuă a glicemiei

pentru bolnavul .....
(nume şi prenume, CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|),

Bolnavul îndeplineşte criteriile de eligibilitate pentru acordarea şi montarea dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat, recomandate, prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate:

Motive medicale (criterii de eligibilitate îndeplinite):
.....
.....

Diagnostic ..... Bolnavul se află în evidenţa noastră din anul ....., având în prezent următoarea terapie de fond:
.....
.....

Data .....
Medic curant,
(semnătura şi parafa)
Datele de contact ale medicului curant
Telefon
Email

Semnătura bolnavului .....

Anexa Nr. 15
la normele tehnice

CONSIMŢĂMÂNT SCRIS AL BOLNAVULUI CU DIABET ZAHARAT

Subsemnata/ul .....,
CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domiciliat/ă în str. ....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sector ....., localitatea ....., judeţul ....., telefon ..... având diagnosticul ..... sunt de acord să urmez tratamentul cu

☐ INSULINĂ: .....

Precum şi
☐ utilizarea sistemului de monitorizare continuă a glicemiei
☐ utilizarea pompei de insulină
☐ utilizarea sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei
1. Am fost informat/ă asupra conţinutului, importanţei şi consecinţelor administrării acestei terapii.
2. Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum şi a tuturor examenelor clinice şi de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.
3. Mă declar de acord să urmez instrucţiunile medicului, să răspund la întrebări şi să semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei, inclusiv alergiile.
4. Pentru situaţia în care decid să renunţ la tratamentul prin sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, mă oblig să le returnez, împreună cu consumabilele sigilate, în stare bună de funcţionare, la unitatea sanitară care mi le-a acordat.
5. Am fost informat şi accept criteriile de întrerupere a tratamentului cu sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei.
6. Am preluat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei cu seria/seriile
Nr. .....
Nr. .....
Nr. .....
Medicul specialist care a iniţiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei
.....
Unitatea sanitară unde s-a iniţiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei
.....

Vă rugăm să răspundeţi la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit:
1. Aţi discutat cu medicul curant despre sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?
DA/NU
2. Aţi înţeles care sunt beneficiile şi riscurile utilizării sistemului de monitorizare continuă a glicemiei/pompei de insulină/sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?
DA/NU
3. Sunteţi de acord să utilizaţi sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?
DA/NU

Data .....
Semnătura bolnavului ..... Părinte/Tutore .....

Semnătura medicului care a eliberat dispozitivul/dispozitivele .....

Prelucrarea datelor cu caracter personal, se realizează în conformitate cu prevederile regulamentului (UE) nr. 679/2016 şi cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenţei medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Anexa Nr. 15[1]*)
la Normele tehnice

*) Anexa Nr. 15[1] a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

PLAN DE INTERVENŢIE PERSONALIZAT

Nume pacient:
Data naşterii:
Nume psiholog:
Nume părinţi/reprezentanţi legali:
Diagnostic conform documentelor medicale:
Data:

Recomandări generale intervenţie	Tipul de intervenţie/serviciu
	Număr şedinţe recomandat săptămânal în urma evaluării iniţiale: Număr şedinţe alocat săptămânal:
	Integrare socială:

	Program recomandat:
	Alte observaţii:

Rezultatele evaluării iniţiale
La dosarul copilului va fi ataşată evaluarea iniţială - evaluarea realizată de psihologul clinician pe baza unui test avizat de Colegiul Psihologilor sau evaluarea proprie pe baza unui chestionar de evaluare a abilităţilor.

Dosarul copilului/persoanei cu TSA
Pe baza planului de intervenţie, va fi întocmit dosarul copilului ce va cuprinde:
- planul de intervenţie - planul de intervenţie va fi actualizat lunar pe baza ritmului de progres al beneficiarului
- evaluarea abilităţilor - reevaluarea va fi realizată la 6 luni
- fişa pentru fiecare obiectiv în care va fi detaliat obiectivul şi modul de lucru
- fişa de colectare a datelor pentru fiecare obiectiv în parte
- fişa de monitorizare a comportamentelor neadecvate*)

*) doar în cazul intervenţiilor de tip psihoterapie/consiliere psihologică clinică

Managementul şedinţei de intervenţie - vor fi descrise aspectele care trebuie urmărite pentru o bună organizare în şedinţa de intervenţie
- durata unei activităţi în funcţie de vârsta copilului şi capacitatea de colaborare în activităţi
- numărul de obiective recomandat a fi atinse într-o sesiune de 50 minute
- modalitatea de colectare a datelor
- criteriile de masterare
- mixarea obiectivelor

ANALIZA FUNCŢIONALĂ şi intervenţia asupra comportamentelor neadecvate		
COMPORTAMENT - definiţia comportamentului neadecvat	FUNCŢIA identificată în urma analizei funcţionale	INTERVENŢIA recomandată

Obiective terapeutice - vor fi stabilite obiective terapeutice care să ţină cont de: informaţiile obţinute în urma evaluării iniţiale a abilităţilor, numărul de ore de terapie alocate săptămânal, intervenţia asupra tuturor ariilor de dezvoltare.
Obiectivele menţionate mai jos pe fiecare arie de dezvoltare în parte sunt doar câteva exemple. Obiectivele din planul de intervenţie, descrierea acestora şi numărul obiectivelor pe fiecare arie de dezvoltare va fi individualizat pentru fiecare beneficiar în parte.

NUME OBIECTIV	**DESCRIEREA OBIECTIVULUI**	**ITEMI**	**Mod de lucru/ Tehnici utilizate**
DEZVOLTAREA COMUNICĂRII			
Dezvoltarea cererilor: verbale sau nonverbale			
Dezvoltarea atenţiei împărtăşite			
DEZVOLTAREA ABILITĂŢILOR DE PARTICIPARE LA ACTIVITĂŢI			
Dezvoltarea contactului vizual			
Răspunde la instrucţiunile de participare la activităţi			
DEZVOLTAREA LIMBAJULUI receptiv			
Identificarea receptivă a obiectelor din mediu			
Identificarea persoanelor, acţiunilor etc.			
DEZVOLTAREA LIMBAJULUI expresiv			
Dezvoltarea imitaţiei verbale			
Identificarea expresivă a obiectelor din mediu			
Identificarea persoanelor, acţiunilor			

etc.			
DEZVOLTAREA SOCIALĂ			
Dezvoltarea abilităţii de a imita			
Răspuns la nume			
Dezvoltarea jocului			
Joc cu alt copil			
DEZVOLTAREA COGNITIVĂ			
Dezvoltarea abilităţii de a face asocieri			
Activităţi matematice			
DEZVOLTAREA FIZICĂ/COORDONARE VIZUAL MOTRICĂ			
Desen/colorat/scris			
Decupat			
Utilizarea obiectelor			
DEZVOLTAREA AUTONOMIEI ŞI INDEPENDENŢEI PERSONALE			
Dezvoltarea activităţilor/jocurilor independente			
Dezvoltarea abilităţilor de îngrijire personală			
Alimentaţie			

GENERALIZAREA OBIECTIVELOR însuşite/masterate			
Nume obiectiv	**Generalizarea stimulilor discriminativi/solicitărilor**	**Generalizarea mediului de lucru**	**Generalizarea persoanelor care solicită copilul să demonstreze abilitatea respectivă**

PLAN DE INTERVENŢIE LA DOMICILIU		
Vor fi selectate obiective din planul de intervenţie care trebuie continuate de către părinţi la domiciliu. Fişa de obiective va fi urmărită zilnic de către părinţi şi se vor colecta date ce vor fi discutate împreună cu psihologul care aplică planul de intervenţie.		
Obiectiv	**Descriere**	**Notări părinţi**

Anexa Nr. 16
la Normele tehnice

Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative

ANEXA 16 A.1	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic şi aspectul morfofuncţional
ANEXA 16 A.2	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu aritmii rezistente la tratament convenţional prin proceduri de electrofiziologie
ANEXA 16 A.3	Programul naţional de boli cardiovasculare -tratamentul pacienţilor cu bradiaritmii severe prin implantare de stimulatoare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic şi electrofiziologic al aritmiei şi cu starea clinică a pacientului
ANEXA 16 A.4	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convenţional prin implantarea de defibrilatoare interne
ANEXA 16 A.5	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu insuficienţă cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă şi fracţie de ejecţie < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă;
ANEXA 16 A.6	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu aritmii complexe prin proceduri de ablaţie
ANEXA 16 A.7	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu patologie cardiovasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulţi şi copii)
ANEXA 16 A.8	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu patologie vasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară
ANEXA 16 A.9	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu insuficienţă cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung

ANEXA 16 A.10	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu malformaţii cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervenţională
ANEXA 16 A.11	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu anevrisme aortice prin tehnici hibride
ANEXA 16 A.12	Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu stenoze aortice, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter
ANEXA 16 B.1	Programul naţional de oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice
ANEXA 16 B.2	Programul naţional de oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice - terapia avansată CAR-T
ANEXA 16 B.3	Programul naţional de oncologie - Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare
ANEXA 16 B.4.1	Programul naţional oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară - Leucemii acute şi neoplasme mielodisplazice
ANEXA 16 B.4.2	Programul naţional oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară - sindroame mieloproliferative cronice şi sindroame limfoproliferative cronice;
ANEXA 16 B.4.3	Programul naţional oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară - Adeverinţa îndeplinire criterii expertiză în diagnosticul hemopatiilor maligne prin imunofenotipare/citogenetică/biologie moleculară
ANEXA 16 B.5	Programul naţional de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice
ANEXA 16 B.6	Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne
ANEXA 16 B.7	Subprogramul naţional de testare genetică
ANEXA 16 C	Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive)
ANEXA 16 D	Programul naţional de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate
ANEXA 16 D.1	Programul naţional de diabet zaharat - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompe de insulină
ANEXA 16 E	Programul naţional de tratament al bolilor neurologice
ANEXA 16 F.1	Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei - tratamentul bolnavilor care necesită intervenţii chirurgicale
ANEXA 16 F.2	Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei - tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenţii chirurgicale
ANEXA 16 G.1	Programul naţional de tratament pentru boli rare - Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratament medicamentos pentru boala Fabry, boala Pompe, tirozinemia, mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler), mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter), afibrinogenemie congenitală, sindrom de imunodeficienţă primară, mucopolizaharidoză tip IVA (sindromul Morquio), boala Castelman
ANEXA 16 G.2	Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, amiloidoză cu transtiretină, scleroza sistemică şi ulcere digitale evolutive, purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă, sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa), hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)
ANEXA 16 G.3	Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă
ANEXA 16 G.4	Programul naţional de tratament pentru boli rare - pentru tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă
ANEXA 16 G.5	Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratamentul bolnavilor cu atrofie musculară spinală
ANEXA 16 H.1	Programul naţional de sănătate mintală - Subprogramul naţional de tratament al bolnavilor cu toxicodependenţă, precum şi de testare a metaboliţilor stupefiantelor
ANEXA 16 H.2	Programul naţional de sănătate mintală - Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist
ANEXA 16 I	Programul naţional de boli endocrine - Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză.
ANEXA 16 I.2	Programul naţional de boli endocrine - Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferării maligne
ANEXA 16 J.1	Programul naţional de ortopedie - tratamentul prin endoprotezare
ANEXA 16 J.2	Programul naţional de ortopedie - tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante

	epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală
ANEXA 16 J.3	Programul naţional de ortopedie - Tratamentul prin instrumentaţie segmentară de coloană
ANEXA 16 J.4	Programul naţional de ortopedie - Tratamentul prin chirurgie spinală
ANEXA 16 J.5	Programul naţional de ortopedie - Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică
ANEXA 16 J.6	Programul naţional de ortopedie - Tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare la bolnavii adulţi
ANEXA 16 J.7	Programul naţional de ortopedie - Tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare la copii
ANEXA 16 J.8	Programul naţional de ortopedie - Corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil
ANEXA 16 K	Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică
ANEXA 16 L	Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice
ANEXA 16 M.1	Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă - Subprogramul de radiologie intervenţională
ANEXA 16 M.2	Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă - Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
ANEXA 16 M.3	Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă - Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil
ANEXA 16 M.4	Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă - Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular
ANEXA 16 N.2	Programul naţional de PET-CT
ANEXA 16 O.1	Cost-volum - deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1) - DCI Cerliponasum alfa
ANEXA 16 O.2	Cost-volum - medicamente incluse condiţionat utilizate în tratamentul spitalicesc
ANEXA 16 O.3	Subprogramul de tratament al tulburării depresive majore
ANEXA 16 P	Programul naţional de endometrioză

Anexa Nr. 16A.1
la Normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic şi aspectul morfofuncţional

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		

1.	- secţie/compartiment de cardiologie cu: • USTACC sau compartiment de terapie intensivă coronarieni şi • compartiment de cardiologie intervenţională		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		
3.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau - sală de operaţii cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie de specialitate cardiologie		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secţie de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secţie de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, precum şi pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Medic de specialitate cardiologie cu competenţă atestat sau atestat în studii complementare în domeniul cardiologiei intervenţionale		
3.	2 asistenţi medicali, cu experienţă în domeniu de minim 6 luni		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
7.	Personal medical care să asigure asistenţa în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervenţională, cu staţie de monitorizare hemodinamică		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura MANAGER	Semnătura MEDIC COORDONATOR	Semnătura DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura DIRECTOR GENERAL	Semnătura DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	Semnătura MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.2

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu aritmii rezistente la tratament convenţional prin proceduri de electrofiziologie

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de cardiologie cu USTACC sau compartiment de terapie intensivă coronarieni		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		
3.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secţie de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secţie de chirurgie cardiovasculară în structura proprie		
	sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	2 asistenţi medicali, cu experienţă în domeniu de minim 6 luni		

3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervenţională		
2.	Sistem de electrofiziologie pentru achiziţie şi amplificare semnale electrocardiografice		
3.	Sistem de mapping electroanatomic		
4.	Sistem de monitorizare a anticoagulării		
5.	Echipament specific procedurilor de ablaţie		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.3

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu bradiaritmii severe prin implantare de stimulatoare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic şi electrofiziologic al aritmiei şi cu starea clinică a bolnavului

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....

Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		
3.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau		
	- sală de operaţii cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie de specialitate cardiologie		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secţie de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secţie de chirurgie cardiovasculară în structura proprie		
	sau		
	- acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	2 asistenţi medicali, cu experienţă în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
6.	Personal medical care să asigure asistenţa în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervenţională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.4

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convenţional prin implantarea de defibrilatoare interne

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1	- secţie/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
3.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau		
	- sala de operaţii cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie care are posibilitatea de a controla tipurile de defibrilatoare interne implantate		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secţie de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secţie de chirurgie cardiovasculară în structura proprie		

	sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	2 asistenţi medicali, cu experienţă în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
6.	Personal medical care să asigure asistenţa în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervenţională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.5

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu insuficienţă cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă şi fracţie de ejecţie < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....

	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Medic coordonator:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Director medical:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în autorizaţia sanitară de funcţionare:		
1.	- secţie/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ....)		
3.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau		
	- sală de operaţii cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale		
5.	- structură ambulatorie care are posibilitatea de a controla dispozitivele de resincronizare cardiacă implantate		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secţie de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secţie de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau		
	- acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	2 asistenţi medicali, cu experienţă în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
6.	Personal medical care să asigure asistenţa în structura ambulatorie		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervenţională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.6

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu aritmii complexe prin proceduri de ablaţie

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de cardiologie cu USTACC sau terapie intensivă coronarieni		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ....)		
3.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
4.	- bloc operator sau		
	- sală de operaţii cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale		

5.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1	- cardiologie		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secţie de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min.		
1.	- secţie de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau		
	- acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului critic		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	2 asistenţi medicali, cu experienţă în domeniu de minim 6 luni		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervenţională		
2.	Sistem de electrofiziologie pentru achiziţie şi amplificare semnale electrocardiografice		
3.	Sistem de mapping electroanatomic		
4.	Sistem de monitorizare a anticoagulării		
5.	Echipament specific procedurilor de ablaţie		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.7

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu patologie

cardiovasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulţi şi copii)

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
2.	- secţie/compartiment de cardiologie		
3.	- secţie ATI categoria I, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare		
4.	- bloc operator cu sală de operaţii dedicată chirurgiei cardiovasculare		
5.	- structură de radiologie şi imagistică medicală - ecocardiografie transesofagiană		
6.	- unitate de transfuzie sanguină		
7.	- laborator de analize medicale		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie		
2.	- chirurgie cardiovasculară		
3.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii medicale de:		
1	radiologie şi imagistică medicală - CT şi RMN acordate - în cadrul structurii proprii de radiologie şi imagistică medicală - CT şi RMN sau - în baza contractului încheiat cu un furnizor de servicii medicale paraclinice		
2.	cardiologie intervenţională acordate: - în cadrul compartimentului de cardiologie intervenţională din structura proprie sau - în baza contractului încheiat cu un furnizor de servicii medicale care are în structură un compartiment de cardiologie intervenţională, aflat la o distanţă de maximum 1 km şi care poate fi parcursă într-un interval de maximum 10 minute.		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr.		

	1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Medic de specialitate cu competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotare minimă a sălii de operaţie:		
1.	- masă chirurgicală CCV		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- 1 aparat CEC		
4.	- balon de contrapulsaţie		
5.	- aparat de retransfuzie		
6.	- defibrilator		
7.	- stimulator cardiac extern		
8.	- ecocardiograf transesofagian		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.8

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu patologie vasculară şi indicaţie chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....

Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de chirurgie vasculară sau - secţie/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare, dacă în structura spitalului este aprobată numai secţia/compartimentul de chirurgie vasculară (precizaţi categoria .....) sau - secţie ATI categoria I organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare, dacă în structura spitalului este aprobată secţia/compartimentul de chirurgie cardiovasculară		
3.	- structură de radiologie şi imagistică medicală		
4.	- bloc operator cu sală dedicată chirurgiei vasculare		
5.	- unitate de transfuzie sanguină		
6.	- laborator de analize medicale		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- chirurgie vasculară sau chirurgie cardiovasculară		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii medicale de angiografie: - laborator de angiografie în structura proprie sau - contract cu un furnizor de servicii medicale de angiografie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU

I.	Dotare minimă a sălii de operaţie:		
1.	- masă chirurgicală		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- aparat de retransfuzie		
4.	- 2 infuzomate		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.9

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu insuficienţă cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulaţiei pe termen lung

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
2.	- secţie/compartiment de cardiologie		
3.	- secţie ATI categoria I, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr.		

	1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare		
4.	- bloc operator cu minimum 2 săli de operaţii dedicate chirurgiei cardiovasculare		
5.	- structură de radiologie şi imagistică medicală - ecocardiografie transesofagiană		
6.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
7.	- unitate de transfuzii de sânge		
8.	- laborator de analize medicale		
9.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie		
2.	- chirurgie cardiovasculară		
III.	Unitatea sanitară cu paturi acreditată de Ministerul Sănătăţii pentru efectuarea transplantului cardiac		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
6.	Medic de specialitate cu competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene		
7.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotare minimă a fiecărei săli de operaţie:		
1.	- masă chirurgicală CCV		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- 1 aparat CEC		
4.	- balon de contrapulsaţie		
5.	- aparat de retransfuzie		
6.	- defibrilator cu padele interne		
7.	- stimulator cardiac extern		
8.	- ecocardiograf		
9	- 6 infuzomate		
10.	- aparatură de susţinere a circulaţiei pe termen mediu - ECMO		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.10

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu malformaţii cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervenţională

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de cardiologie sau		
	- secţie/compartiment de cardiologie pediatrică		
2.	- secţie/compartiment de chirurgie cardiovasculară pediatrică sau		
	- secţie de chirurgie cardiovasculară		
3.	- secţie ATI categoria I, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare		
4.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
5.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie sau cardiologie pediatrică		
2.	- chirurgie cardiovasculară		
3.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la o secţie de pediatrie în maximum 60 min.		
1.	- secţie de pediatrie în structura proprie sau		

	- acord de colaborare pentru transferul interclinic al bolnavului		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de cardiologie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de chirurgie cardiovasculară pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	1 medic cardiolog cu atestat de cardiologie intervenţională		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.11

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul bolnavilor cu anevrisme aortice prin tehnici hibride

Judeţul .....

Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de chirurgie vasculară sau - secţie/compartiment de chirurgie cardiovasculară		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare, dacă în structura spitalului este aprobată numai secţia de chirurgie vasculară (precizaţi categoria .....) sau - secţie ATI categoria I organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare, dacă în structura spitalului este aprobată secţia de chirurgie cardiovasculară		
	- bloc operator cu sală de operaţii dedicată chirurgiei cardiovasculare sau chirurgiei vasculare		
3.	- structură de radiologie şi imagistică medicală		
4.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
5.	- unitate de transfuzie sanguină		
6.	- laborator de analize medicale		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- chirurgie cardiovasculară sau chirurgie vasculară		
2.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....) sau Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul		

	ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
5.	2 asistenţi medicali cu experienţă în domeniu de minim 6 luni		
6.	Personal medical încadrat în structura de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Angiograf		
II.	Dotare minimă a sălii de operaţie:		
1.	- masă chirurgicală		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- aparat de retransfuzie		
4.	- stimulator cardiac extern		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16A.12

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de boli cardiovasculare - tratamentul pacienţilor cu stenoze aortice, tratamentul bolnavilor cu insuficienţă mitrală severă, tratamentul bolnavilor cu insuficienţă tricuspidiană severă, tratamentul pacienţilor cu valvulopatii pulmonare severe, declaraţi inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....

Manager*): Nume ..... prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....

	E-mail .....
Director medical:	Nume ..... prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de cardiologie/cardiologie pediatrică, după caz, cu compartiment de cardiologie intervenţională		
2.	- secţia/compartiment de chirurgie cardiovasculară ("on site") cu experienţă de cel puţin 100 intervenţii pe cord deschis pe an		
3.	- secţie/compartiment de ATI categoria I, organizată/organizat conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu modificările şi completările ulterioare		
4.	- bloc operator cu sală de operaţii dedicată chirurgiei cardiovasculare ("on site")		
5.	- laborator de angiografie şi cateterism cardiac		
6.	- unitate de transfuzie sanguină		
7.	- laborator de analize medicale		
8.	- structură de specialitate în supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea şi efectuarea gărzilor în unităţile publice din sectorul sanitar, cu modificările şi completările ulterioare (care va fi valabil inclusiv pentru unităţile sanitare private), pentru specialităţile:		
1.	- cardiologie/cardiologie pediatrică, după caz, linie de gardă la sediul unităţii sanitare ("on site")		
2.	- ATI, linie de gardă la sediul unităţii sanitare ("on site")		
3.	- chirurgie cardiovasculară, linie de gardă organizată la domiciliu ("on call") sau la sediul unităţii sanitare ("on site"), conform prevederilor art. 38^1 din Ordinul ministrului sănătăţii nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea şi efectuarea gărzilor în unităţile publice din sectorul sanitar, cu modificările şi completările ulterioare: Art. 38^1 (1) Continuitatea asistenţei medicale se poate asigura şi prin gardă la domiciliu. (2) Garda la domiciliu se organizează pe specialităţi. (3) Se poate organiza gardă la domiciliu, pe specialităţi, dacă în secţiile sau compartimentele cu paturi, precum şi în ambulatoriul integrat al spitalului sunt încadraţi cel puţin 2 medici în specialitatea respectivă. (4) În garda la domiciliu, pe specialităţi, pot fi cooptaţi şi medici care nu sunt angajaţi în unitatea respectivă, dar care sunt confirmaţi prin ordin al ministrului sănătăţii în specialitatea stabilită pentru garda la domiciliu. (5) Garda la domiciliu se organizează, în zilele lucrătoare, între ora de terminare a programului stabilit pentru activitatea curentă a medicilor din cursul dimineţii şi ora de începere a programului de dimineaţă din ziua următoare. (6) În zilele de repaus săptămânal, zilele de sărbători legale şi în celelalte zile în care, potrivit reglementărilor legale, nu se lucrează, garda la domiciliu începe de dimineaţă şi durează 24 de ore. (7) Medicul care asigură garda la domiciliu în acest interval are obligaţia de a răspunde la solicitările primite din partea medicului coordonator de gardă şi de a se prezenta la unitatea sanitară într-un interval de maximum 20 de minute. (8) Pe toată perioada efectuării gărzii la domiciliu, starea fizică şi psihică a medicului nominalizat trebuie să permită acordarea corespunzătoare a serviciilor medicale, în situaţii de urgenţă, conform competenţelor profesionale ale acestuia.		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de cardiologie/cardiologie pediatrică, după caz, conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie cardiovasculară, conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie şi cateterism cardiac, conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI, conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
5.	Minimum 2 medici cardiologi/cardiologi pediatri, după caz, cu competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul cardiologiei intervenţionale		
6.	Minimum un medic cardiolog/cardiolog pediatru, după caz, cu competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene		
7.	Personal medical încadrat/contractat în structura de specialitate în supravegherea, prevenirea şi limitarea infecţiilor asociate asistenţei medicale, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
8.	Echipa multidisciplinară "Heart Team" constituită din medici în specialităţile cardiologie (cu competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul cardiologiei intervenţionale şi, respectiv, competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene), chirurgie cardiovasculară, ATI; după caz, echipa poate fi extinsă cu medici cardiologi cu atestat de studii complementare în domeniul electrofiziologiei cardiace intervenţionale, medici neurologi, medici nefrologi, medici cu specialitatea diabet, nutriţie şi boli metabolice. Decizia terapeutică şi efectuarea procedurii se realizează la fiecare caz de echipa multidisciplinară "Heart Team" în funcţie de beneficiile şi riscurile fiecărui tip de intervenţie, cu acordul informat al pacientului/reprezentantului legal al acestuia.		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I	Angiograf		
II	Dotare minimă a sălii de operaţie ("on site"):		
1.	- masă chirurgicală		
2.	- aparat anestezie/ventilator		
3.	- pompă de circulaţie extracorporală		
4.	- aparat de autotransfuzie/retransfuzie (disponibil în spital)		
5.	- cardiodefibrilator		
6.	- ECMO(disponibil în spital)		
7.	- stimulator cardiac extern		
8.	- ecocardiograf cu sonde pentru examinare transtoracică şi transesofagiană intraprocedural		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătură	Semnătură	Semnătură
Manager	Medic coordonator	Director medical

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătură	Semnătură	Semnătură

Director general Director relaţii contractuale Medic-şef

Anexa Nr. 16 B.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax.....
E-mail .....

Manager*): Numele ....., prenumele .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Numele ....., prenumele .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Director medical: Numele ....., prenumele .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată		
	- secţie/compartiment de oncologie şi/sau hematologie;		
	- secţie/compartiment de oncologie/hemato-oncologie pediatrică şi/sau		
	- structură de spitalizare de zi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru monitorizare afecţiuni oncologice, cu sau fără investigaţii de înaltă performanţă;		
	- punct de recoltare a produselor biologice;		
	- farmacie cu circuit închis.		
II.	Asigurarea accesului la un laborator de analize medicale		
	- laborator de analize medicale în structura proprie sau - acord de colaborare/protocol/contract încheiat cu un furnizor de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Comisie multidisciplinară de diagnostic şi indicaţie terapeutică		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de oncologie şi/hematologie, oncologie/hemato-oncologie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie ...)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotări minime în farmacie, altele decât cele prevăzute în Normele privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea farmaciilor şi drogheriilor, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 444/2019, cu modificările şi completările ulterioare:		
1.	- program de pregătire a citostaticelor;		
2.	- hotă cu flux laminar;		
3.	- echipamente de protecţie categoria a III-a specifice în lucrul cu substanţe citostatice.		
II.	Dotarea sectorului de terapie, alta decât cea prevăzută prin dispoziţiile Normelor privind condiţiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obţinerii autorizaţiei sanitare de funcţionare, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 914/2006, cu modificările şi completările ulterioare:		
1.	- prize de oxigen sau concentrator de oxigen;		
2.	- dulap şi frigider cu termometru pentru depozitarea citostaticelor necesare pentru o singură zi de tratament;		
3.	- cântar;		
4.	- taliometru;		
5.	- pompe elastomerice de unică folosinţă de 48 h, 96 h, 120 h;		
6.	- perfuzoare non PVC pentru administrarea paclitaxelului;		
7.	- ace Hubber 20 - 22 G;		
8.	- catetere tunelizate (portacath);		
9.	- trusă de urgenţă;		
10.	- echipamente de protecţie categoria a III-a specifice în lucrul cu substanţe citostatice.		

Capitolul 5. Criterii privind organizarea evidenţei primare şi modalităţi de raportare

		DA	NU
1.	Unitatea sanitară raportează tumorile primare nou-diagnosticate, conform prevederilor legale în vigoare.		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
Manager	**Medic coordonator**	**Director medical**

Capitolul 6

CAS .....

Unitatea sanitară	Avizat	Neavizat

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
Director general	**Director relaţii contractuale**	**Medic şef**

Anexa Nr. 16B.2

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice - terapia avansată CAR-T

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....

Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică:		
	- secţie/compartiment de hematologie şi/sau oncohematologie pediatrică		
	- secţie sau compartiment de terapie intensivă organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare		
	- farmacie cu circuit închis		
	- unitatea sanitară este acreditată pentru efectuarea transplantului de celule stem hematopoietice		
	- secţie/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică**) sau - acord de colaborare/protocol/contract încheiat cu un furnizor de servicii de neurologie/ neurologie pediatrică***)		

**) Se va completa doar de către unităţile sanitare care au în structură secţie/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică.

***) Se va completa doar de către unităţile sanitare care nu au în structură secţie/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică, însă au încheiat acord de colaborare/protocol/contract cu un furnizor de servicii de neurologie/neurologie pediatrică.

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de hematologie şi/sau oncohematologie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali.)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali.)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de neurologie/neurologie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali.)****)		
4.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie.)		
5.	Cadru medical experimentat în tratarea bolnavilor imunodeprimaţi şi instruit pentru tratarea complicaţiilor specifice, care face dovada participării la programul implementat şi susţinut de deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă, de informare şi instruire cu privire la tratamentul cu tisagenlecleucel, în vederea pregătirii adecvate a bolnavului şi a administrării corecte a tratamentului şi monitorizării		

****) Se va completa doar de către unităţile sanitare care au în structură secţie/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Manager	Semnătura Medic coordonator	Semnătura Director medical

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura Director general	Semnătura Director relaţii contractuale	Semnătura Medic-şef

Anexa Nr. 16B.3

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional oncologie - Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată/avizată:		
1.	- secţie/compartiment de chirurgie generală/chirurgie oncologică şi - secţie/compartiment de chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă		
2.	- secţie/compartiment ATI categoria I sau II, organizată/organizat conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		
3.	- unitate de transfuzii sanguină		
4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016 pentru aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare pentru specialităţile:		
1.	- chirurgie generală/chirurgie oncologică sau chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă		

2.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de chirurgie generală/chirurgie oncologică şi chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	1 medic de specialitate chirurgie generală cu competenţă/atestat/supraspecializare în chirurgie oncologică şi 1 medic de specialitate chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă cu experienţă în chirurgia sânului atestată de şeful/coordonatorul structurii		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Trusă pentru chirurgia sânului		
2.	Microscop operator/Lupe chirurgicale şi trusă de instrumente microchirurgicale în situaţia în care endoprotezarea asociază şi o tehnică autologă de anastomoze microvasculare (după caz)		
3.	Depărtător cu cablu optic		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Manager,	Semnătura Medic coordonator,	Semnătura Director medical,
.....	.....	.....

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	Avizat	Neavizat
.....		

Semnătura DIRECTOR GENERAL	Semnătura DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	Semnătura MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16 B.4.1
la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară
Leucemii acute şi neoplasme mielodisplazice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....

	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Medic coordonator:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Director medical:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
	- laborator de analize medicale din structura spitalului - secţie de Hematologie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
I.	**DIAGNOSTICUL HEMOPATIILOR MALIGNE**		
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute şi neoplasme mielodisplazice, cu o experienţă de minim 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute şi a şi neoplasme mielodisplazice şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire). Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
2.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH, acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic şi FISH cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire. Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
3.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT -PCR acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul RT-PCR cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire). Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
4.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS acesta va face dovada încadrării cu personal specializat cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire). Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	**Dotări minime pentru includere în program:**		
1.	**Citologie şi citochimie**		
1.1.	Microscop optic cu examinare în câmp luminos		
2.	**Citometrie în flux**		
2.1.	- citometru în flux cu minimum 8 culori în stare de funcţionare		
II.	**Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH**		
1.	**Citogenetică pentru:**		
1.1.	- culturi celulare		
1.2.	- hotă de biosecuritate clasa A2;		
1.3.	- incubator cu atmosferă controlată de CO2;		
1.4.	- microscop inversat;		
1.5.	- microscopie optică		
1.6.	- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă şi epifluorescenţă;		
III.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT-PCR:**		

1.	- sistem real time PCR;		
2.	- thermocycler PCR;		
	- sistem electroforeză chip/microfluidică/clasic		
IV.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS**		
1.	- platforma NGS/secvenţiere convenţională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
..... .		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC ŞEF**

Anexa Nr. 16 B.4.2*)
la normele tehnice

*) Anexa nr. 16 B.4.2 a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară
Sindroame mieloproliferative cronice şi Sindroame limfoproliferative cronice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		
	sau Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
	- laborator de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată sau		
	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare sau		
	- unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie sau		
	- laborator de analize medicale din structura spitalului sau		
	- centrul de diagnostic şi tratament		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a hemopatiilor maligne cronice, cu o experienţă de minim 2 ani în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire). Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
2.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice, acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic şi FISH cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire). Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
3.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT -PCR în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul RT-PCR cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire). Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice acesta va face dovada încadrării cu personal specializat cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire). Atestarea experienţei se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	**Dotări minime pentru includere în program:**		
1	**Citometrie în flux**		
1.1	- citometru în flux cu minimum 8 culori în stare de funcţionare		
II.	**Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH**		
1.	**Citogenetică pentru:**		
1.1.	- culturi celulare		
1.2.	- hotă de biosecuritate clasa A2;		
1.3.	- incubator cu atmosferă controlată de CO2;		
1.4.	- microscop inversat;		
1.5.	- microscopie optică		
1.6.	- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă şi epifluorescenţă;		
III.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară:**		
1.	- sistem real time PCR;		
2.	- thermocycler PCR;		
	- sistem electroforeză chip/microfluidică/clasic		
IV.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS**		
1.	- platforma NGS/secvenţiere convenţională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura **MANAGER**	Semnătura **MEDIC COORDONATOR**	Semnătura **DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
....		

Semnătura **DIRECTOR GENERAL**	Semnătura **DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	Semnătura **MEDIC ŞEF**

Anexa Nr. 16 B.4.3*)
la normele tehnice

*) Anexa nr. 16 B.4.3 a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

UNITATEA SANITARĂ.....

Programul naţional de oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară

ADEVERINŢĂ DE ÎNDEPLINIRE CRITERII EXPERTIZĂ ÎN DIAGNOSTICUL HEMOPATIILOR MALIGNE PRIN IMUNOFENOTIPARE/CITOGENETICĂ/BIOLOGIE MOLECULARĂ

NR.....DIN DATA.....

Domnul/Doamna (nume şi prenume) .....
Specialitate.....
Îndeplineşte următoarele criterii în urma activităţii în unitatea noastră:
☐ diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute şi neoplasme mielodisplazice, cu o experienţă de minim 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute şi neoplasme mielodisplazice şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)
☐ examenul citogenetic şi FISH cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)
☐ examenul RT-PCR cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)
☐ examenul de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS cu experienţă în domeniu de cel puţin 2 ani şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)
Au fost verificate documentele corespunzătoare instruirii în tehnica/tehnicile de laborator menţionate, care se ataşează.

Coordonator Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară sau responsabil/şef de laborator

Nume şi prenume.....

Semnătura..... Data.....

Anexa Nr. 16B.5

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....

E-mail .....
Manager*)/Reprezentant legal: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată		
	- laborator de radioterapie autorizat CNCAN		
	- secţie/compartiment/contract cu echipa ATI (medic, asistentă de anestezie) pentru unităţile care oferă servicii de RT pentru pacienţi pediatrici, cu anestezie**)		
	- salon postanestezie pentru unităţile care nu au în structură secţie/compartiment ATI**)		

**) Aceste rubrici se vor completa doar de către unităţile de specialitate care vor desfăşura activităţi care necesită anestezie.

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Medici radioterapeuţi***) (1 post/aparat de radioterapie/tură)		
2.	Fizicieni medicali***) (1 post/aparat de radioterapie/tură)		
3.	Ingineri (1 post/laborator de radioterapie) sau contract de service		
4.	Asistenţi medicali/tehnicieni***) (3 posturi/aparat de radioterapie/tură)		
5.	Medic ATI (angajat sau cu contract de colaborare)		

***) Calificările personalului (medici în specialitatea radioterapie, fizicieni, tehnicieni de radioterapie) pentru SBRT sunt următoarele:

- curs de perfecţionare de stereotaxie naţional acreditat de Ministerul Sănătăţii sau Colegiul Medicilor din România sau atestat de absolvire curs internaţional omonim pentru medici şi fizicieni medicali; şi
- curs de stereotaxie regional/naţional acreditat de Ministerul Sănătăţii sau atestat de absolvire internaţional omonim pentru tehnicieni de radioterapie; şi
- stagiu de perfecţionare de stereotaxie pentru medici, fizicieni şi tehnicieni, în instituţii medicale cu expertiză în domeniu, în România sau în afara ei,

sau

- stagii de perfecţionare în stereotaxie efectuate în unitatea sanitară care are infrastructura capabilă a efectua radioterapie stereotactică.

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

	Instalaţii de radioterapie autorizate CNCAN pentru efectuarea cel puţin a uneia dintre următoarele tipuri de radioterapie:	DA	NU
1.	Radioterapie cu ortovoltaj:		
	- aparat de ortovoltaj cu aplicatori şi filtre în funcţie de tumoră		
2.	Radioterapie cu accelerator liniar 2D		
	- simulator 2D convenţional		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
3.	Radioterapie cu accelerator liniar 3D		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem de plan tratament (TPS) - staţii de lucru pentru conturarea volumelor-ţintă de către medici, staţii de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni şi staţii de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		

	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
	- sisteme de imobilizare pacient pentru sala de simulare şi sala de tratament, adaptate diverselor localizări tumorale		
	- sistem de portal imaging tip kV/MV		
4.	IMRT		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC (colimator multilamelar)		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru IMRT; - staţii de lucru pentru conturarea volumelor-ţintă de către medici, staţii de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni şi staţii de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	- sistem dozimetric de verificare a planului de tratament (fantom/dozimetrie portală sau echivalentă)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
	- sisteme de imobilizare pacient pentru sala de simulare şi sala de tratament, adaptate diverselor localizări tumorale		
	- sistem de portal imaging tip kV/MV pentru cancerele capului, gâtului şi toracelui (inclusiv mamar), dacă CBCT indisponibil		
5.	Brahiterapie 2D		
	- simulator 2D - sistem de imagistică cu braţ C		
	- instalaţie de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru 2D		
	- accesorii brahiterapie (masă radiotransparentă, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea poziţiilor dorite - decubit dorsal şi litotomie -, mobilă şi să aibă sistem de blocare a mişcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstiţiali, container de urgenţă pentru surse, forceps lung)		
	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de brahiterapie		
6.	Brahiterapie 3D		
	- simulator CT/RMN		
	- instalaţie de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru 3D		
	- accesorii brahiterapie compatibile cu CT/RMN (masă CT/RMN compatibilă, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea poziţiilor dorite - decubit dorsal şi litotomie -, mobilă şi să aibă sistem de blocare a mişcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstiţiali, container de urgenţă pentru surse, forceps lung)		
	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de brahiterapie		
7.	Brahiterapie 3D prostată implant permanent (LDR) sau temporar (HDR)		
	- sistem de plan tratament dedicat		
	- ecografie endorectală		
	- Stepper unit + Grila de reperaj + sisteme de solidarizare cu masa de tratament		
	- sistem dozimetric dedicat pentru brahiterapie		
8.	RT stereotactică pentru craniu şi extracranian ţinte "fixe" (recidive în sfera ORL, metastaze osoase calotă, coloană, bazin, femur, humerus proximal)		
	- simulator CT/simulator RMN		
	- sisteme de imobilizare rigidă a pacientului pentru sala de simulare şi sala de tratament (mască specifică RT stereotactice)		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu: MLC (colimator multilamelar cu lame ≤ 6,5 mm sau colimator cu conuri), energie minimum 6 MV şi debit de minimum 800 MU/min. cu FFF		
	- sisteme de portal imaging de tip CBCT		
	- sistem de plan tratament (TPS) cu opţiune de RT stereotactică		
	- masă de iradiere cu 6 grade de libertate sau demonstrarea unui sistem eficient de control al calităţii prin care suma erorilor determinate de poziţionarea mesei, poziţionarea colimatorului, poziţionarea Gantry, poziţionarea MLC să nu depăşească 3 mm		
	- sisteme de dozimetrie de verificare a planului de tratament pe fantom dedicat RT stereotactice		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
9.	RT stereotactică extracranian, inclusiv metastaze osoase cu mobilitate semnificativă în timpul RT (stern, coaste, altele decât cele de la punctul 8)		
	- simulator CT/simulator RMN cu abilitate de 4D-CT		
	- sisteme de imobilizare rigidă a pacientului pentru sala de simulare şi sala de tratament		

	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC (colimator multilamelar cu lame ≤ 6,5 mm sau colimator cu conuri), energie minimum 6 MV şi debit de minimum 800 MU/min. cu FFF		
	- sisteme de portal imaging tip CBCT		
	- sistem de monitorizare şi control al mobilităţii ţintei		
	- masă de iradiere cu 6 grade de libertate sau demonstrarea unui sistem eficient de control al calităţii prin care suma erorilor determinate de poziţionarea mesei, poziţionarea colimatorului, poziţionarea Gantry, poziţionarea MLC să nu depăşească 3 mm		
	- sistem de plan tratament (TPS), cu opţiunea de SBRT		
	- sisteme de dozimetrie de verificare a planului de tratament pe fantom dedicat RT stereotactice		
10.	Specific pentru radioterapia pediatrică (subiecţi < 18 ani)**)		
	În plus faţă de specificaţiile pentru IMRT sau SBRT de la adulţi, pentru cazurile care necesită anestezie, activitatea ATI se desfăşoară respectând normele de organizare şi dotare prevăzute în art. 3 - 9, art. 12 şi anexa nr. 1 din anexa la Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu modificările şi completările ulterioare**).		
11.	Iradiere totală (corporală/medulară/cutanată totală)		
	simulator CT		
	aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC (colimator multilamelar)		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru IMRT; - staţii de lucru pentru conturarea volumelor-ţintă de către medici, staţii de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni şi staţii de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	sistem dozimetric, inclusiv dozimetrie in vivo (TLD sau echivalente)		
	sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
	sisteme de imobilizare pacient pentru sala de simulare şi sala de tratament		
	sistem de portal imaging tip CBCT		
	sistem de verificare a planului de tratament pe fantom		

**) Aceste rubrici se vor completa doar de către unităţile de specialitate care vor desfăşura activităţi care necesită anestezie.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Manager	Semnătura Medic coordonator	Semnătura Director medical

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	Avizat	Neavizat
.....		

Semnătura Director general	Semnătura Director relaţii contractuale	Semnătura Medic-şef

Anexa Nr. 16 B.6

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de oncologie - Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal*): Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....

E-mail .....

Director medical: Nume ....., prenume .....

Adresă .....

Telefon ....., fax .....

E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului/reprezentantului legal.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti sau		
	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară organizată ca:		
1.	- laborator de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; sau - unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; sau - unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie; sau - laborator din structura spitalului; sau - centru de diagnostic şi tratament/centru medical		
2.	Să facă dovada că pe toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca şi compartiment în structura laboratorului de analize medicale, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate anatomie patologică		
3.	Să efectueze efectiv în România, în laboratorul de anatomie patologică/compartimentul de anatomie patologică din structura laboratorului de analize medicale, toate testările din pachetul/pachetele de testare		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin IHC şi/sau FISH al tumorilor solide maligne, cu experienţă de minimum 3 ani în diagnosticul acestora şi un număr minim de 30 de cazuri cu tumori solide maligne diagnosticate în ultimele 12 luni, indiferent de subtipul acestora		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea şi participarea la controale externe de calitate

4.1.	Dotare	DA	NU
	Platforma IHC automată cu marcaj CE		
4.2.	Să facă dovada**) participării la controalele externe de calitate [cel puţin o (1) dată în anul calendaristic anterior] pentru:		
	- metodă IHC		
	- metodă FISH		

**) Dovada participării la controalele externe de calitate se va face pentru IHC sau FISH sau IHC+FISH în funcţie de serviciile de testare solicitate a fi contractate de către furnizor, corespunzătoare tipurilor de tumori solide prevăzute în Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Reprezentant legal	Semnătura Medic coordonator	Semnătura Director medical

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	Avizat	Neavizat
.....		

Semnătura Director general	Semnătura Director relaţii contractuale	Semnătura Medic-şef

Anexa Nr. 16 B.7*)
la normele tehnice

*) Anexa Nr. 16 B.7 a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de oncologie - Subprogramul naţional de testare genetică

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal*): Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ....., prenume .....
Adresă .....
Telefon ....., fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului/reprezentantului legal.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti sau		
	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară organizată ca:		
1.	- laborator de anatomie patologică sau		
	- laborator de analize medicale cu compartiment de anatomie patologică		
2.	Să facă dovada că pe toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca şi compartiment în structura laboratorului de analize medicale, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate anatomie patologică		
3.	Să efectueze efectiv în România, în laboratorul de anatomie patologică/compartimentul de anatomie patologică din structura laboratorului de analize medicale toate testările din pachetul/pachetele de testare		

Capitolul 3. Criterii privind participarea la controale externe de calitate, dotare şi cerinţe suplimentare

privind specializarea medicilor anatomopatologi pentru efectuarea unor testări

		DA	NU
1.	Cancer colorectal local avansat sau metastazat		
1.1.	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate [cel puţin o dată (1) în anul calendaristic anterior] pentru:		
	- metoda IHC (imunohistochimie)		
	- metoda PCR (reacţia de polimerizare în lanţ) sau metoda NGS (secvenţiere de ultimă generaţie)		
1.2.	Dotare:		
	- platformă/aparat IHC automată cu marcaj CE		
	- platformă/aparat PCR sau platformă/aparat NGS		
2.	Cancer ovarian local avansat şi metastazat		
2.1.	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate [cel puţin o dată (1) în anul calendaristic anterior] pentru:		
	- metoda IHC (imunohistochimie)		
	- metoda NGS (secvenţiere de ultimă generaţie)		
2.2.	Dotare:		
	- platformă/aparat IHC automată cu marcaj CE		
	- platformă/aparat NGS		
3.	Cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC) (Nota 1)		
3.1.	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate [cel puţin o dată (1) în anul calendaristic anterior] pentru:		
	- IHC - testare ALK		
	- IHC - testare PD-L1 pentru una din clonele folosite în anul anterior cu păstrarea obligativităţii certificării medicului pentru diagnosticul fiecărei clone, pentru:		
	- clona SP 142		
	- clona SP 263		
	- clona 22 C3		
	- metoda IHC (imunohistochimie)		
	- metoda PCR (reacţia de polimerizare în lanţ)		
	- metoda NGS (secvenţiere de ultimă generaţie)		
3.2.	Cerinţe medic/medici anatomopatolog(i)		
	- personalul specializat (medici anatomopatologi) să deţină atestat/certificat pentru efectuarea PD-L1 (prin IHC) pentru fiecare tip de clonă contractată		
3.3.	Dotare:		
a)	Pentru pachetul 1, 2 şi 3 de testare:		
	- platformă/aparat IHC automată cu marcaj CE		
	- platformă/aparat NGS		
	- platformă/aparat Ventana pentru PD-L1 clona SP 142 şi clona Sp 263		
	- platformă/aparat Autostainer 48 Agilent/platformă/aparat OMNIS pentru PD-L1 clona 22 C3		
b)	Pentru pachetul 1 şi 4 de testare:		
	- platformă/aparat IHC automată cu marcaj CE		
	- platformă/aparat PCR		
	- platformă/aparat Ventana pentru PD-L1 clona Sp 263		
c)	Pentru pachetul 5 de testare:		
	- platformă/aparat PCR sau platformă/aparat NGS		
4.	Neoplasm mamar (Nota 2)		
4.1.	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate [cel puţin o dată (1) în anul calendaristic anterior] pentru:		
	- IHC - testare HR+HER2 + Ki67		
	- ISH (SISH/FISH/DISH) - testare HER2		
	- metoda NGS (secvenţiere de ultimă generaţie)		
	- IHC - testare PD-L1 clona contractată		
	- metoda PCR (reacţia de polimerizare în lanţ), după caz (pentru testarea PIK3CA, dacă aceasta nu se efectuează prin metoda NGS)		
4.2.	Cerinţe medic/medici anatomopatolog(i)		
	- personalul specializat (medici anatomopatologi) să deţină atestat/certificat pentru:		
	- efectuarea PD-L1 clona contractată (prin IHC)		
	- efectuarea HER2 prin:		
	- IHC		
	- ISH (SISH/FISH/DISH)		
4.3.	Dotare:		
a)	pentru pachetul 1 de testare:		

	- platformă/aparat IHC automată cu marcaj CE sau - platformă/aparat comună IHC şi ISH cu marcaj CE		
b)	pentru pachetul 2 de testare:		
	- platformă/aparat ISH automată cu marcaj CE sau - platformă/aparat comună IHC şi ISH cu marcaj CE		
c)	pentru pachetul 3 de testare:		
	- platformă/aparat NGS		
	- platformă/aparat Ventana		
	- platformă/aparat PCR, după caz (pentru testarea PIK3CA, dacă aceasta nu se efectuează prin metoda NGS)		

NOTA 1
1. Este recomandat ca acelaşi furnizor să efectueze şi să contracteze toate cele 5 pachete de testare.
2. Sunt obligatorii efectuarea şi contractarea pachetului 1, 2 şi 3 de către un furnizor. În situaţia în care pe pachetul 1 de testare nu se confirmă diagnosticul de carcinom bronhopulmonar NSCLC care să necesite testarea ulterioară pe pachetul de testare 2 sau 3, acestea nu se vor efectua de către furnizor.
3. Sunt obligatorii efectuarea şi contractarea pachetului 1 şi 4 de testare de către un furnizor. În situaţia în care pe pachetul 1 de testare nu se confirmă diagnosticul de carcinom bronhopulmonar NSCLC care să necesite testarea ulterioară pe pachetul 4 de testare, acesta nu se va efectua de către furnizor.
4. Furnizorul care efectuează şi contractează pachetul 5 de testare nu este obligatoriu să efectueze şi să contracteze şi pachetele de testare 1, 2 şi 3 sau 1 şi 4 sau 1, 2, 3 şi 4.

NOTA 2
1. Este recomandat ca acelaşi furnizor să efectueze şi să contracteze toate pachetele de testare.
2. Este obligatoriu a fi efectuate şi contractate pachetele de testare 1 şi 2 de către un furnizor.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Reprezentant legal	Semnătura Medic coordonator	Semnătura Director medical

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	Avizat	Neavizat
.....		

Semnătura Director general	Semnătura Director relaţii contractuale	Semnătura Medic-şef

Anexa Nr. 16C

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive)

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....

Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de otorinolaringologie		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizat conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		
3.	- structură de explorări funcţionale - audiologie		
4.	- bloc operator		
5.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- ORL		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii conexe actului medical		
1.	- structură pentru acordarea serviciilor de logopedie specializate în lucrul cu bolnavii hipoacuzici în structura proprie sau		
	- contract cu o structură specializată pentru furnizarea de servicii conexe actului medical în domeniul logopediei		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de otorinolaringologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de explorări funcţionale - audiologie		
4.	Medic de specialitate cu competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul audiologiei		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Echipamente medicale specifice chirurgiei otologice;		
2.	Echipamente medicale pentru diagnostic audiologic - sistem complet pentru diagnosticul surdităţii la orice vârstă:		
	- impedancemetru;		
	- aparat de otoemisii acustice;		
	- aparat de potenţiale auditive de diagnostic (BERA şi ASSR);		
	- audiometru pentru audiograma tonală, vocală şi în câmp liber.		
3.	Monitor de nerv facial		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16 D.1
la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în programul naţional de diabet zaharat - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompe de insulină

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		
2.	Ambulatoriu de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	**Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie sau compartiment specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice - pentru pompe de insulină, **sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei**		
2.	- ambulatoriu de specialitate sau - structură de spitalizare de zi diabet, nutriţie şi boli metabolice - pentru **sisteme de** monitorizare continuă a glicemiei		
3.	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei sau compartimentului de diabet, nutriţie şi boli metabolice conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (cel puţin 1 medic specialist/primar/cu competenţă sau atestat, recunoscut de către CMR, care a absolvit un curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie: funcţie de normativ, în raport cu mărimea şi tipul unităţii spitaliceşti)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC ŞEF**

Anexa Nr. 16D

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal

Capitolul 1. Relaţie contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind forma juridică de organizare

		DA	NU
I.	Unitate sanitară organizată ca:		
1.	- laborator de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată sau		
	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare sau		
	- unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie sau		
	- laborator din structura spitalului sau		
	- centrul de diagnostic şi tratament/centrul medical		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu personal medical a laboratorului de analize medicale conform criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A "Evaluarea capacităţii resurselor", punctul 1 "Hematologie", subpunctul 1.3 "Imunohematologie" din anexa 19 la Ordinul ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură de laborator pentru dozarea hemoglobinei glicozilate pentru care face dovada îndeplinirii standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003, precum şi a criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A "Evaluarea capacităţii resurselor", punctul 1 "Hematologie", subpunctul 1.3 "Imunohematologie" şi punctul 2 "Criteriul de calitate" din anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 (se va preciza metoda ... şi aparatura utilizată .....)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
REPREZENTANT LEGAL	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16E

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de tratament al bolilor neurologice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....

Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de neurologie, recuperare neurologică sau neurologie pediatrică (pentru bolnavii sub 18 ani)		
2.	- structură de explorări funcţionale - explorări ale sistemului nervos		
3.	- farmacie cu circuit închis		
II.	Asigurarea accesului la servicii medicale paraclinice		
1.	- structură proprie de radiologie şi imagistică medicală - CT sau - contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minimum 12 ore/zi		
2.	- structură proprie de radiologie şi imagistică medicală - IRM sau - contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minimum 12 ore/zi		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurologie/neurologie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare [(cel puţin 3 medici specialişti/primari de neurologie sau neurologie pediatrică şi cel puţin 6 asistenţi medicali) (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali.)]		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (Precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie.)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Manager	Semnătura Medic coordonator	Semnătura Director medical

Capitolul 4.

Unitatea sanitară	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

SEMNĂTURA DIRECTOR GENERAL	SEMNĂTURA DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	SEMNĂTURA MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16F.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei - tratamentul bolnavilor care necesită intervenţii chirurgicale

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager *): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţii în specialităţile chirurgicale		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizate conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		
3.	- bloc operator		
4.	- laborator de analize medicale în cadrul căruia se poate efectua investigaţii paraclinice pentru monitorizarea bolnavului hemofilic pre-, intra- şi postoperator		
5.	- unitate de transfuzie sanguină		
6.	- farmacie cu circuit închis		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Asigurarea accesului la asistenţă medicală multidisciplinară pentru documentarea răspunsului individual la administrarea de factor de coagulare		
1.	- secţie/compartiment de hematologie sau		
	- secţie/compartiment de pediatrie sau		
	- secţie/compartiment de medicină internă pentru judeţele unde nu există unităţi sanitare cu paturi cu secţie/compartiment de hematologie sau contract/protocol de colaborare pentru acordarea de asistenţă medicală de specialitate bolnavilor cu hemofilie şi talasemie		
2.	- secţie/compartiment de recuperare medicală din structura proprie sau		
	- contract/protocol de colaborare cu o unitate sanitară pentru acordarea de asistenţă medicală de recuperare după intervenţii chirurgicale		
III.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- chirurgicale		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiilor de specialităţi chirurgicale conform		

	Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

SEMNĂTURA	SEMNĂTURA	SEMNĂTURA
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16F.2

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei - tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenţii chirurgicale

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager *): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru		

	furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de hematologie sau		
	- secţie/compartiment de pediatrie sau		
	- secţie/compartiment de medicină internă pentru judeţele unde nu există unităţi sanitare cu paturi cu secţie/compartiment de hematologie sau		
	- structură de spitalizare de zi pentru monitorizarea şi tratamentul talasemiei şi hemofiliei		
2.	- laborator de analize medicale		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de hematologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de medicină internă conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

SEMNĂTURA	SEMNĂTURA	SEMNĂTURA
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16G.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratament medicamentos pentru boala Fabry, boala Pompe, tirozinemia, mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler), mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter), afibrinogenemie congenitală, sindrom de imunodeficienţă primară, mucopolizaharidoză tip IVA (sindromul Morquio), boala Castelman

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....

Manager *): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi din zona de reşedinţă a bolnavilor care are în structura organizatorică:		
	- secţie/compartiment de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti în patologia care face obiectul de activitate al programului		
	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti în patologia care face obiectul de activitate al programului conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		

Capitolul 4. Corespondenţa dintre secţiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti şi medicii de specialitate prescriptori pentru patologia care face obiectul de activitate al programului

Denumirea programului	Patologia care face obiectul de activitate	Secţia/compartimentul în cadrul căreia/căruia se acordă servicii medicale spitaliceşti	Medici de specialitate prescriptori
Programul naţional de tratament pentru boli rare	Boala Fabry	Pediatrie Cardiologie Genetică medicală Neurologie Nefrologie	Pediatrie Cardiologie Genetică medicală Neurologie Nefrologie
	Boala Pompe	Pediatrie Genetică medicală Medicină internă Neurologie	Pediatrie Genetică medicală Medicină internă Neurologie
	Tirozinemie	Pediatrie Medicină internă	Pediatrie Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip II	Pediatrie Medicină internă	Pediatrie Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip I	Pediatrie Medicină internă	Pediatrie Medicină internă
	Afibrinogenemie	Pediatrie	Pediatrie

	congenitală	Medicină internă Hematologie	Medicină internă Hematologie
	Sindrom de imunodeficienţă primară	Imunologie clinică şi alergologie Imunologie clinică şi alergologie copii Pediatrie Medicină internă	Alergologie şi imunologie clinică Pediatrie Medicină internă
	Mucopolizaharidoză tip IVA	Pediatrie Medicină internă Reumatologie Neurologie Genetică medicală	Pediatrie Medicină internă Reumatologie Neurologie Genetică medicală
	Boala Castelman	Hematologie (sau, după caz, oncologie medicală)	Hematologie (sau,după caz oncologie medicală)

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
Manager	Medic coordonator	Director medical

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	Avizat	Neavizat
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
Director general	Director relaţii contractuale	Medic şef

Anexa Nr. 16G.2
la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, amiloidoză cu transtiretină, scleroza sistemică şi ulcerele digitale evolutive, purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă, Sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa), Hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager *): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
	- secţie/compartiment de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti în patologia care face obiectul de activitate al programului		
	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti în patologia care face obiectul de activitate al programului conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		

Capitolul 4. Corespondenţa dintre secţiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti şi medicii de specialitate prescriptori în patologia care face obiectul de activitate al programului

Denumirea programului	Patologia care face obiectul de activitate	Secţia/compartimentul în cadrul cărora se acordă servicii medicale spitaliceşti	Medici de specialitate prescriptori
Programul naţional de tratament pentru boli rare	Boli neurologice degenerative/inflamator-imune	Neurologie	Neurologie
	Scleroză sistemică şi ulcere digitale evolutive	Reumatologie	Reumatologie
	Purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică	Hematologie, hemato-oncologie pediatrică, onco-hematologie pediatrică, oncologie pediatrică	Hematologie, medic pediatru cu supraspecializare în hemato-oncologie pediatrică/oncologie pediatrică, competenţă în oncopediatrie, atestat de studii complementare în oncologie şi hematologie pediatrică, medic cu specialitatea oncologie şi hematologie pediatrică,
	Amiloidoză cu transtiretină	Neurologie Hematologie Cardiologie	Neurologie Hematologie Cardiologie
	Fenilcetonurie Deficit de tetrahidrobiopterină	Pediatrie Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice copii Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	Pediatrie Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice
	Scleroză tuberoasă	Neurologie Neurologie pediatrică Nefrologie Urologie	Neurologie Neurologie pediatrică Nefrologie Urologie
	HTAP	Cardiologie Cardiologie copii Pneumologie	Cardiologie Pneumologie
	Sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa)	Nefrologie Nefrologie copii	Nefrologie, Nefrologie pediatrică,

		Pediatrie, Anestezie şi Terapie intensivă, Hematologie, Onco-hematologie pediatrică	Pediatrie, Anestezie şi terapie intensivă Hematologie, Oncologie şi hematologie pediatrică.
	Hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)	Hematologie	Hematologie

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC ŞEF**

Anexa Nr. 16G.3

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager *): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie clinică dermatologie		

2.	- sala pentru mici intervenţii chirurgicale dermatologice		
3.	- farmacie cu circuit închis		
4.	- ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei clinice de dermatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Dermatoscop		
2.	Aparat foto digital (macro, cam. 7 Mpix)		
3.	Electrocauter		
4.	Trusă mică chirurgie dermatologică		
5.	Posibilitate izolare bolnav		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16G.4

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - pentru tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă

Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....

Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie clinică de ortopedie pediatrică sau		
	- secţie clinică de ortopedie - traumatologie		
2.	- bloc operator		
3.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
5.	- farmacie cu circuit închis		
6.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
	- ortopedie pediatrică sau		
	- ortopedie - traumatologie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei clinice de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţă medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei clinice de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Medic de specialitate care face dovada participării la un modul de pregătire în utilizarea tijelor telescopice şi a altor materiale de osteosinteză utilizabile în fragilităţi osoase masive în perioada de creştere:		
	- ortopedie pediatrică sau - ortopedie - traumatologie		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Medic ATI cu competenţă sau atestat de studii complementare în domeniul terapiei intensive pediatrice		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

I.	Pentru unităţile sanitare în cadrul cărora se realizează implantul tijelor telescopice	DA	NU
1.	Injectomate în secţia de ortopedie pediatrică		
2.	Masa de operaţie radiotransparentă		
3.	Amplificator de imagine		
4.	Osteotoame electrice/pneumatice cu energie reglabilă		
5.	Instrumentar specific pentru osteosinteză telescopică		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în

declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa Nr. 16G.5

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratamentul bolnavilor cu atrofie musculară spinală

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

CAPITOLUL 1.
Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

CAPITOLUL 2
Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie sau compartiment de neurologie pediatrică/neurologie adulţi/recuperare medicală		
2.	- secţie sau compartiment de terapie intensivă sau un contract cu o unitate sanitară ce include secţie sau compartiment de terapie intensivă		
3.	- farmacie cu circuit închis		
II.	Asigurarea accesului la servicii medicale paraclinice		
1.	- serviciu (structură) proprie de radiologie şi imagistică medicală - CT; sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minimum 12 ore/zi		
2.	- laborator de analize medicale propriu sau contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui		

	serviciu minimum 12 ore/zi		
3.	- serviciu informatizat la nivel de secţie/spital		

CAPITOLUL 3
Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiilor sau compartimentului, conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie, conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi numărul farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie: în funcţie de normativ, în raport cu mărimea şi tipul unităţii spitaliceşti)		
3.	Încadrarea cu medici de laborator, biologi şi asistenţi medicali de laborator, conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi numărul persoanelor încadrate în laborator: în funcţie de normativ, în raport cu mărimea şi tipul unităţii spitaliceşti)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
Manager	Medic coordonator	Director medical

CAPITOLUL 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
Director general	Director relaţii contractuale	Medic-şef

Anexa Nr. 16 H.1
la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de sănătate mintală - Subprogramul naţional de tratament al bolnavilor cu toxicodependenţă, precum şi de testare a metaboliţilor stupefiantelor

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	**NU**
I	**Unitate sanitară cu paturi/spital penitenciar detox care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie/compartiment de specialităţi psihiatrice sau		
	- secţie/compartiment toxicomanie sau		
	- paturi de toxicologie în structura ATI		
2.	- secţie/compartiment ATI sau terapie intensivă pentru tratamentul de urgenţă a intoxicaţiilor acute detox substitutiv/nonsubstitutiv şi iniţiere de tratament substitutiv		
3.	- laborator de analize medicale - compartiment de toxicologie pentru depistarea substanţelor psihoactive		
4.	- structură de primiri urgenţe a bolnavilor cu agitaţie psihomotorie indusă de substanţe, intoxicaţie sau sevraj la substanţe psihoactive (precizaţi tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S)		
5.	- farmacie cu circuit închis		
II	**Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:**		
1.	- psihiatrie (monitorizarea evoluţiei pacienţilor internaţi)		
2.	- ATI sau terapie intensivă		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de psihiatrie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de toxicomanie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI sau terapie intensivă conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de primiri urgenţe conform normativului de personal prevăzut prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare(precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Asistenţi sociali		
5.	Psihologi cu minim 40 ore de formare în adicţii		
6.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie ...)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Teste urinare de depistare a drogurilor în urină		
2.	Teste rapide de narcodependenţă		
3.	Aparat monitorizare gazometrie		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura **MANAGER**	Semnătura **MEDIC COORDONATOR**	Semnătura **DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura **DIRECTOR GENERAL**	Semnătura **DIRECTOR RELAŢII**	Semnătura **CONTRACTUALE MEDIC ŞEF**

Anexa Nr. 16 H.2*)
la normele tehnice

*) Anexa Nr. 16 H.2 a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 1 octombrie 2023.

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de sănătate mintală - Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea de specialitate .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal/administrator*):
Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal/administratorului

Capitolul 1. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
1.	Furnizorul de servicii conexe actului medical pentru persoane cu TSA are în structura organizatorică aprobată		
	- cabinet de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în una din specialităţile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională, psihopedagogie specială		

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Psihologi cu drept de liberă practică atestaţi în una din specialităţile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională şi psihopedagogie specială, care îndeplinesc una dintre următoarele condiţii de formare de specialitate în domeniul intervenţiei pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist:		
.	au absolvit un program internaţional de formare profesională de lungă durată sau de scurtă durată de minimum 40 de ore într-o metodă de intervenţie validată ştiinţific în tulburări din spectrul autist, avizată de Colegiul Psihologilor din România sau		
	au absolvit un curs de formare continuă avizat de Colegiul Psihologilor din România de minimum 40 de ore (40 de credite) în domeniul intervenţiilor psihologice validate ştiinţific în tulburări din spectrul autist sau		
	fac dovada experienţei profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de minimum 2 ani, demonstrată prin contractul individual de muncă, însoţit de fişa postului aferentă, precum şi de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialităţile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi		

	vocaţională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică angajaţi sau		
	fac dovada experienţei profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de minimum 2 ani, demonstrată prin anexa formei de exercitare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, precum şi de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialităţile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică titulari ai unei forme de exercitare a profesiei.		

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Minim două probe de evaluare psihologică care trebuie să evalueze abilităţile persoanei cu TSA, urmărind toate ariile de dezvoltare: abilităţile de comunicare, abilităţile de participare la activităţi, abilităţile sociale, abilităţile cognitive, abilităţile de limbaj receptive şi expresive, abilităţile de autonomie personală cu excepţia cabinetului de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în specialitatea psihopedagogie specială-logopedie		
2.	Mobilier curent şi scaune de diverse dimensiuni adaptate vârstei pacientului (adult/copil)		
3.	Dulapuri compartimentate şi închise, astfel încât materialele de lucru să nu fie la vedere		
4.	Etajere pentru materialele de lucru specifice pentru activităţile de joacă		
5.	Kit de lucru care să cuprindă seturi de imagini specifice organizate pe domenii: obiecte, acţiuni, potriviri, asocieri, noţiuni opuse, secvenţialitate, cauză-efect, poveşti sociale, poziţii spaţiale, locaţii şi meserii, identificarea emoţiilor, reguli sociale		
6.	Cărţi cu imagini specifice potrivite pentru diferite etape în dezvoltare		
7.	Seturi de jucării organizate pe categorii (în dublu exemplar): animale domestice şi sălbatice, maşinuţe, instrumente muzicale, mobilier de jucărie, veselă şi tacâmuri de jucărie, legume, fructe etc.		
8.	Jocuri tip puzzle		
9.	Jocuri de asamblare (lego, piese de lemn pentru construcţii)		
10.	Materiale ce vor fi utilizate ca motivaţie în sesiunile de terapie: baloane de săpun, jucării cu luminiţe, instrumente muzicale, materiale senzoriale (sclipici, biluţe, nisip kinetic etc.), abţibilduri, păpuşi de pus pe degete, mingi de diferite dimensiuni		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
REPREZENTANT LEGAL/ADMINISTRATOR

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea de specialitate:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII**	**CONTRACTUALE MEDIC ŞEF**

Anexa Nr. 16I

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de boli endocrine - Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....

	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Medic coordonator:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Director medical:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie/compartiment de endocrinologie		
2.	- farmacie cu circuit închis		
3.	- structură de radiologie şi imagistică medicală - osteodensitometrie segmentară DXA		
4.	- laborator de analize medicale		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de endocrinologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, precum şi pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparat pentru efectuarea osteodensitometrie DXA		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS ..... .

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
..... .		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC-ŞEF**

Anexa Nr. 16 I.2*)

*) Anexa nr. 16 I.2 a fost introdusă prin O. nr. 104/2023 de la data de 23 februarie 2023.

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de boli endocrine - Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferării maligne

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie/compartiment de endocrinologie		
2.	- farmacie cu circuit închis		
3.	- unitate de medicină nucleară - pentru bolnavii care necesită radioiodoterapie		
4.	- laborator de analize medicale		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de endocrinologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, precum şi pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a unităţii de medicină nucleară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare - pentru bolnavii care necesită radioiodoterapie (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr.		

	1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Încadrarea cu personal a laboratorului de analize medicale conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

1.	Ecograf	DA	NU
2.	Sistem Gamma camera pentru bolnavii care necesită radioiodoterapie		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS ..... .

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
..... .		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC-ŞEF**

Anexa Nr. 16J.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - tratamentul prin endoprotezare

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....

Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU

I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de ortopedie - traumatologie sau		
	- secţie/compartiment de ortopedie pediatrică sau		
	- secţie/compartiment chirurgie şi ortopedie pediatrică		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- ortopedie-traumatologie sau		
	- ortopedie pediatrică sau		
	- chirurgie şi ortopedie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţă medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie şi ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Instrumentar specific intervenţiilor în ortopedie		
2.	Instrumentar specific de extragere endoproteze cimentate şi necimentate în cazul reviziilor endoprotetice		

Capitolul 5. Criterii privind raportarea datelor

		DA	NU
1.	Unitatea sanitară este înregistrată şi raportează integral cazurile de endoprotezare primară, revizie şi complicaţiile, respectând formatul formularelor de la Registrul Naţional de		

	Endoprotezare, cu frecvenţa de raportare lunară. (www.rne.ro)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 6.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16J.2

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de ortopedie - traumatologie sau		
	- secţie de ortopedie pediatrică sau		
	- secţie chirurgie şi ortopedie pediatrică		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ....)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor		

	specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul are o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- ortopedie-traumatologie sau		
	- ortopedie pediatrică sau		
	- chirurgie şi ortopedie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- Paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- Paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		
III.	Bancă de os acreditată în structura unităţii sanitare sau contract cu o bancă de os acreditată		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie şi ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Instrumentar specific al implantului tumoral		
2.	Aparat de electrocoagulare		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16J.3

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - Tratamentul prin instrumentaţie segmentară de coloană

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
	- secţie de ortopedie - traumatologie sau		
	- secţie de ortopedie pediatrică sau		
	- secţie chirurgie şi ortopedie pediatrică sau		
	- secţie de neurochirurgie sau		
	- secţie de neurochirurgie pediatrică		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
4.	- laborator de analize medicale		
5.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
6.	- secţie/compartiment de recuperare, medicină fizică şi balneologie		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- ortopedie-traumatologie sau		
	- ortopedie pediatrică sau		
	- chirurgie şi ortopedie pediatrică sau		
	- neurochirurgie sau		

	- neurochirurgie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie şi ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Atestat de studii complementare în chirurgie spinală deţinut de:		
	- 2 medici de specialitate ortopedie-traumatologie sau		
	- 2 medici de specialitate ortopedie pediatrică sau		
	- 2 medici de specialitate chirurgie şi ortopedie pediatrică sau		
	- 2 medici de specialitate neurochirurgie sau		
	- 2 medici de specialitate neurochirurgie pediatrică		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
6.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
7.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
8.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparat electro-coagulare pentru chirurgie spinală (bipolar)		
2.	Aparat de monitorizare potenţiale evocate		
3.	Microscop chirurgical		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16J.4

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - Tratamentul prin chirurgie spinală

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de ortopedie - traumatologie sau		
	- secţie de neurochirurgie		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ....)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv coloana cervico-toraco-lombo-sacrată în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul are o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- ortopedie - traumatologie sau		
	- neurochirurgie		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	2 medici de specialitate ortopedie - traumatologie cu atestat de studii complementare în chirurgie spinală sau		
	2 medici de specialitate neurochirurgie cu atestat de studii complementare în chirurgie spinală		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
5.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparat electro-coagulare pentru chirurgie spinală (bipolar)		
2.	Aparat de monitorizare potenţiale evocate		
3.	Microscop chirurgical		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16J.5

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....

	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Medic coordonator:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Director medical:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de chirurgie şi ortopedie pediatrică sau		
	- secţie ortopedie pediatrică		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ....)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv coloana cervico-toraco-lombo-sacrată în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
7.	- secţie/compartiment de recuperare, medicină fizică şi balneologie		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- chirurgie şi ortopedie pediatrică sau		
	- ortopedie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie şi ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		

5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Dispozitive medicale VEPTR		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16J.6

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - Tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare la bolnavii adulţi

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		

1.	- secţie de ortopedie - traumatologie		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice (inclusiv membre pelvine în ortostatism)		
5.	- structură de explorări funcţionale - endoscopie articulară		
6.	- laborator de analize medicale		
7.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		
8.	- secţie/compartiment/cabinet medical de recuperare, medicină fizică şi balneologie		
9.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- ortopedie - traumatologie		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	2 medici de specialitate ortopedie - traumatologie cu atestat de studii complementare în chirurgie artroscopică		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul bolnavului pentru mobilizare rapidă		
5.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
6.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de explorări funcţionale conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
7.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Linie de artroscopie (endoscopie articulară)		
2.	Truse specifice pentru tratamentul instabilităţilor articulare cronice		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16J.7

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - Tratamentul instabilităţilor articulare cronice la pacientul pediatric

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie de ortopedie pediatrică cu minim 10 paturi		
2.	- secţie ATI categoria I sau II,organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării de IRM, CT, ecografie musculoscheletală		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
7.	- secţie/compartiment/cabinet medical de recuperare		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II	**Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:**		
1.	- ortopedie pediatrică (minim 2)		
2.	- ATI (minim 2)		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
5.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de explorări funcţionale conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
6.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Turn de artroscopie (endoscopie articulară)		
2.	Truse specifice pentru tratamentul instabilităţilor articulare cronice la pacientul pediatric		
3.	Aparat de radiologie cu braţ mobil tip C-arm		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC-ŞEF**

Anexa Nr. 16 J.8*)
la normele tehnice

*) Anexa Nr. 16 J.8 a fost introdusă prin O. nr. 774/2023 de la data de 26 septembrie 2023.

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - Corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....

Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie de ortopedie pediatrică cu minim 10 paturi		
2.	- secţie ATI categoria I sau II,organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările şi completările ulterioare(precizaţi categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării de IRM, CT, ecografie musculoscheletală		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
7.	- secţie/compartiment/cabinet medical de recuperare		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II	**Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:**		
1.	- ortopedie pediatrica (minim 1)		
2.	- ATI (minim 1)		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie pediatrica conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările şi completările ulterioare(precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare/kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Truse specifice pentru tratamentul inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil		
2.	Aparat de radiologie cu braţ mobil tip C-arm		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII**	**CONTRACTUALE MEDIC ŞEF**

Anexa Nr. 16K

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic şef: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

		DA	NU
I.	Unitate sanitară de dializă care îndeplineşte condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.834/2023 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private privind:		
1.	structură		
2.	dotare		
3.	personal		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura
REPREZENTANT LEGAL	MEDIC-ŞEF

Capitolul 1.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
.....	.....	.....
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16L

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de gastroenterologie sau		
	- secţie de pediatrie sau		
	- secţie de boli infecţioase		
2.	- Secţie/compartiment ATI sau terapie intensivă		
3.	- laborator de analize medicale		
	- structură de primiri urgenţe a bolnavilor cu insuficienţă hepatică (precizaţi tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S)		
4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conformi prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- gastroenterologie sau		
	- pediatrie sau		
	- boli infecţioase		
2.	- ATI sau terapie intensivă		
III.	Asigurarea accesului la investigaţii paraclinice de înaltă performanţă		
1.	- structură proprie de radiologie şi imagistică medicală - CT sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru efectuarea acestei investigaţii paraclinice		
2.	- structură proprie de radiologie şi imagistică medicală - RMN sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru efectuarea acestei investigaţii paraclinice		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de gastroenterologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de boli infecţioase conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI sau terapie intensivă conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de primiri urgenţe conform normativului de personal prevăzut prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură pentru dializa hepatică		
2.	Aparat de hemofiltrare şi plasmafereză		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16M.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă - Subprogramul de radiologie intervenţională

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....

	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Medic coordonator:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....
Director medical:	Nume ..... Prenume .....
	Adresă .....
	Telefon ..... fax .....
	E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de specialitate neurochirurgie sau		
	- secţie de specialitate chirurgie vasculară		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
3.	- structură de radiologie şi imagistică medicală - CT		
	- laborator de angiografie		
4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- chirurgicale (neurochirurgie sau chirurgie vasculară)		
2.	- radiologie şi imagistică medicală		
3.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Angiograf		
2.	CT		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16M.2

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de neurochirurgie		
2.	- secţie de neurologie		
3.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
4.	- structură de explorări funcţionale - explorări ale sistemului nervos		

5.	- structură de radiologie şi imagistică medicală - RMN		
6.	- structură de specialitate în prevenirea infecţiilor nosocomiale asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- neurochirurgie		
2.	- neurologie		
3.	- ATI		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	2 medici de specialitate neurochirurgie cu supraspecializare în neurochirurgie funcţională şi stereotaxică		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurologie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
4.	Medic de specialitatea neurologie cu atestat de studii complementare EEG şi medic de specialitate neurologie cu atestat de studii complementare EMG şi medic de specialitate neurologie cu atestat de studii complementare PEC		
5.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
6.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
7.	Personal medical încadrat în structura de specialitate în prevenirea infecţiilor nosocomiale asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură complexă de stereotaxie (dispozitiv sau sistem stereotactic ce permite implantarea electrozilor la adâncime)		
2.	Electroencefalograf clasic		
3.	Electroencefalograf computerizat		
4.	Electromiograf		
5.	Aparat de potenţiale evocate		
6.	Aparat RMN		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
Manager,	Medic coordonator,	Director medical
.....	.....	.....

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL,	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE,	MEDIC-ŞEF,
.....	.....	.....

Anexa Nr. 16M.3

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de specialitate neurochirurgie sau		
	- secţie de specialitate neurochirurgie pediatrică		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria ...)		
3.	- bloc operator cu sală de operaţie dotată pentru realizarea intervenţiilor din domeniul neurochirurgiei pediatrice		
4.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
	- neurochirurgie sau		
	- neurochirurgie pediatrică		
	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii medicale de specialitate pediatrie		
1.	- secţie/compartiment de pediatrie/neonatologie în structura proprie sau		
	- contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea asistenţei medicale de specialitate pediatrie/neonatologie		
IV.	Circuite specifice		
1.	Circuite funcţionale care asigură izolarea specifică a copilului mic sau nou-născutului tratat cu hidrocefalie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (cel puţin un specialist are expertiză în patologia neurochirurgicală pediatrică) sau		
	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie pediatrică conform		

	Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Asistente medicale cu experienţă în îngrijirea nou-născuţilor şi/sau copiilor		
4.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparat de anestezie cu circuite pentru copil cu greutate minimă de 1500 g		
2.	Incubator		
3.	Ventilator copil		
4.	Echipament pentru monitorizare permanentă a funcţiilor vitale ale copilului mic		
5.	Microperfuzoare		
6.	Sisteme adecvate de alimentaţie parenterală sau naso-gastrică		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16M.4

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....

Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie de neurochirurgie		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi categoria .....)		
3.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
MANAGER	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16N

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional PET-CT

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal*): Nume ..... Prenume .....

Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 1. Criterii privind organizarea

		DA	NU
I.	Laborator care acordă servicii medicale paraclinice de specialitate radiologie - imagistică organizat ca:		
1.	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare sau		
	- laborator în structura UMF sau		
	- laborator în structura unui spital		

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	- medic de specialitate radiologie şi imagistică medicală cu atestat de studii complementare în tomografie computerizată		
2.	- medic de specialitate medicină nucleară		
3.	- asistenţi medicali de radiologie, cu/fără studii superioare sau		
	- asistent medical generalist		
4.	- fizician medical		
5.	- personal auxiliar cu competenţe în imagistică medicală		
	- inginer sau dovadă contract de service		

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Tehnologie de ultimă generaţie pentru PET/CT		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
REPREZENTANT LEGAL	MEDIC COORDONATOR	DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 4.

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16O.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1) - DCI Cerliponasum alfa

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....

Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structură organizatorică:		
	- secţie clinică de neurologie pediatrică care a fost recunoscută drept Centru de expertiză de boli rare neurologice pediatrice de către Ministerul Sănătăţii		
	- secţie/compartiment de neurochirurgie sau contract cu o unitate sanitară ce include secţie sau compartiment de neurochirurgie		
	- laborator de analize medicale propriu sau contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu		
	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului clinic de neurologie pediatrică conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		
3.	Medicul neurolog pediatru de specialitate face dovada (certificat de participare) participării la un modul de pregătire instruire teoretică şi practică implementat şi susţinut de deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă, pentru administrarea corectă intracerebroventriculară a tratamentului cu cerliponasum alfa.		

Capitolul 4. Corespondenţa dintre secţiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti şi medicii de specialitate prescriptori pentru patologia care face obiectul de activitate al programului

Denumirea programului	DCI/Patologia care face obiectul de activitate	Secţia/Compartimentul în cadrul cărora se acordă servicii medicale spitaliceşti	Medici de specialitate prescriptori
Programul naţional de tratament pentru boli rare	Cerliponasum alfa/deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1)	Neurologie pediatrică	Neurologie pediatrică

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Manager	Semnătura Medic coordonator	Semnătura Director medical

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura DIRECTOR GENERAL	Semnătura DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	Semnătura MEDIC-ŞEF

Anexa Nr. 16O.2

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - medicamente incluse condiţionat utilizate în tratamentul spitalicesc

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*): Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

2.1. Pentru DCI Velmanaza alfa

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi din zona de reşedinţă a bolnavilor care are în structura organizatorică:		
	- secţie/compartiment de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti în patologia care face obiectul de activitate al programului		
	- farmacie cu circuit închis		

2.2. Pentru DCI Darvastrocel

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică:		
	- secţie/compartiment de chirurgie		
	- secţie/compartiment de gastroenterologie		
	- secţie sau compartiment de terapie intensivă organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare		
	- bloc operator		
	- farmacie cu circuit închis		

2.3. Pentru DCI Caplacizumabum

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică:		
	- secţie/compartiment de hematologie		
	- secţie sau compartiment de terapie intensivă organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare		
	- farmacie cu circuit închis		
	- unitatea sanitară are infrastructura necesară efectuării procedurii de plasmafereză pentru pacienţii cu PTTd		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

3.1. Pentru DCI Velmanaza alfa

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti în patologia care face obiectul de activitate al programului conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		

3.2. Pentru DCI Darvastrocel

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de chirurgie conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de gastroenterologie conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
4.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		
5.	Echipa multidisciplinară (chirurg, gastroenterolog, anestezist şi farmacist) face dovada participării la programul implementat şi susţinut de deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă, de informare şi instruire a personalului medical specializat cu privire la tratamentul cu darvastrocel, în vederea pregătirii adecvate a pacientului şi a administrării corecte intraoperator.		

3.3. Pentru DCI Caplacizumabum

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de hematologie conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali .....)		
3.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		

Capitolul 4. Corespondenţa dintre secţiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii

medicale spitaliceşti şi medicii de specialitate prescriptori pentru patologia care face obiectul de activitate al programului

Denumirea programului	DCI/Patologia care face obiectul de activitate	Secţia/Compartimentul în cadrul cărora se acordă servicii medicale spitaliceşti	Medici de specialitate prescriptori
Programul naţional de tratament pentru boli rare	Velmanaze alfa/alfa manozidoză	Pediatrie Genetică medicală ORL Neurologie Neurologie pediatrică Gastroenterologie Medicină internă	Pediatrie Genetică medicală ORL Neurologie Neurologie pediatrică Gastroenterologie Medicină internă
	Darvastrocel/fistule perianale complexe la pacienţii adulţi cu boala Crohn luminală non-activă/uşor activă	Gastroenterologie Chirurgie	Gastroenterologie (în calitate de coordonator al echipei multidisciplinare)
	Caplacizumabum/purpură trombocitopenică trombotică dobândită (PTTd)	Hematologie	Hematologie

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura	Semnătura	Semnătura
Manager	Medic coordonator	Director medical

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
Director general	Director relaţii contractuale	Medic-şef

Anexa Nr. 16.O.3*)
la Normele tehnice

*) Anexa Nr. 16.O.3 a fost introdusă prin O. nr. 436/2023 de la data de 31 mai 2023.

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de sănătate mintală - Subprogramul de tratament al tulburării depresive majore

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....

Manager*): Numele ..... Prenumele .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Numele ..... Prenumele .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Numele ..... Prenumele .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....

E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului .

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
	- secţie/compartiment de specialitate psihiatrie adulţi		
	- structura de spitalizare de zi aflată în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate necesară pentru evaluarea, administrarea şi monitorizarea tratamentului cu medicamentul ce face obiectul subprogramului		
	- farmacie cu circuit închis		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti în patologia care face obiectul de activitate al subprogramului conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate ..... şi al asistenţilor medicali .....)		
2.	Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare (precizaţi nr. farmaciştilor ..... şi al asistenţilor medicali de farmacie .....)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătură Manager	Semnătură Medic coordonator	Semnătură Director medical

Capitolul 4

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătură Director general	Semnătură Director relaţii contractuale	Semnătură Medic-şef

Anexa 16 P*)
la normele tehnice

*) Anexa nr. 16 P a fost introdusă prin O. nr. 506/2023 de la data de 6 iulie 2023.

CHESTIONAR DE EVALUARE
pentru includerea în Programul naţional de endometrioză - tratamentul bolnavelor cu endometrioză profundă cu afectare intestinală

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....

Manager*): Nume ..... prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secţie/compartiment de obstetrică - ginecologie		
2.	- secţie ATI categoria I/II/III, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu modificările şi completările ulterioare		
3.	- bloc operator cu sală de operaţii dedicată chirurgiei ginecologice		
4.	- unitate de transfuzie sanguină		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- structură de specialitate în prevenirea infecţiilor nosocomiale asociate asistenţei medicale, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare		
II.	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:		
1.	- obstetrică-ginecologie sau - chirurgie generală		
2.	- ATI		
III.	Asigurarea accesului la servicii medicale de:		
1.	radiologie şi imagistică medicală - CT şi RMN acordate - în cadrul structurii proprii de radiologie şi imagistică medicală CT şi RMN sau - în baza contractului încheiat cu un furnizor de servicii medicale paraclinice		
2.	chirurgie generală acordate: - în cadrul structurii proprii de chirurgie generală sau - în baza unui acord de colaborare cu un medic de chirurgie generală		
3.	anatomie patologică acordate: - posibilitate de efectuare a examenului anatomopatologic extemporaneu		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
I.	Criterii personal		
1.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de obstetrică-ginecologie, conform normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI, conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.500/2009, cu modificările şi		

	completările ulterioare (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal medical încadrat în structura de specialitate în prevenirea infecţiilor nosocomiale asociate asistenţei medicale, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II.	Criterii activitate medicală în tratamentul endometriozei		
1.	Participare la cursuri/workshop/congres naţional sau internaţional de endometrioză (minimum 2 participări/an)		
2.	Abordare multidisciplinară - colaborare scrisă cu medici din alte specialităţi (chirurgie generală, urologie)		
3.	Experienţă în domeniul chirurgiei minim invazive în tratamentul endometriozei (minimum 90 de cazuri de endometrioză pe an din care minimum 30 de cazuri de endometrioză intestinală operate în ultimul an)		
4.	Experienţă în domeniul chirurgiei minim invazive (minimum 100 de intervenţii laparoscopice în ultimul an calendaristic)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotarea minimă a sălii de operaţie:		
1.	- turn laparoscopie 2D/3D		
2.	- instrumentar specific intervenţiilor ginecologice minim invazive		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătură	Semnătură	Semnătură
Manager	Medic coordonator	Director medical

CAS .....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătură	Semnătură	Semnătură
Director general	Director relaţii contractuale	Medic-şef

Anexa Nr. 17.1
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. .....Data .....

Borderou centralizator PNS medicamente/materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu
pentru luna ..... anul .....
care însoţeşte factura seria .....nr. ...../data .....

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	*) număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din OUG nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Prescripţiile vor fi înscrise în borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele/materialele sanitare eliberate pe PNS în luna anterioară.
Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.2
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. .....Data .....

Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente în tratamentul ambulatoriu
pentru luna ..... anul .....

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie şi nr.prescripţie	Cod parafă medic	*) număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.
**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.
Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS.....în luna anterioară.
Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu excepţia Programului naţional de diabet unde se va completa câte un extras borderou centralizator pentru: insulină, insulină + ADO, respectiv pentru ADO, după caz.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.3
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. .....Data .....

Extras borderou centralizator DCI-uri notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna .....anul .....

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie şi nr.prescripţie	Cod parafă medic	*) număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								

...								
n								
Total	x	x	x	x	x	x	x	x
Din care:								
Subtotal 1 - medicamente pentru DCI-uri notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 cu modificările şi completările ulterioare, pentru PNS.....								

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (8) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.

În extrasul de borderou se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru DCI-uri notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, pentru fiecare PNS.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS-uri în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.4
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. .....Data .....

Extras borderou centralizator teste de automonitorizare în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Total valoare teste la preţ de decontare, din care:
B - Total valoare teste la preţ de decontare copii;
C - Total valoare teste la preţ de decontare adulţi.

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	*) număr unic de identificare	**) Tip de document	Nr. teste	Nr. luni	A	B	C
	Nr.	Data									
	2.1	2.2									
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
...											
n											
Total	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Coloana (9) = coloana (10) + coloana (11)

Total coloana (10) este inclusă în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru testele de automonitorizare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.5
la Normele tehnice

Societatea Comercială
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator din cadrul PNS.....aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum eliberate în tratamentul ambulatoriu
pentru luna ..... anul .....
care însoţeşte factura seria .... nr. ..../data .....

Nr. Crt.	Bon fiscal		Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	*) număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
	Nr.	Data						
	2.1	2.2						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
...								
n								
Total	x	x	x	x	x		x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Prescripţiile vor fi înscrise în extrasul de borderou în ordine cronologică, în funcţie de data bonului fiscal.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.6
la Normele tehnice

Unitatea sanitară.....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna.....anul.....

Nr. Crt.	Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
1	2	3	4	5	6	7
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x
Subtotal 1 - medicamente eliberate corespunzătoare DCI-uri, notate cu (**)1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare						

*) Se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin.

(6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.
**) Se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.
În borderoul centralizator se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale, titularii de formulare europene, precum şi medicamentele eliberate corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum.
Se întocmeşte câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.
Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS.....în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.7
la Normele tehnice

Unitatea sanitară .....
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator PNS ..... materiale sanitare (epidermoliza hidoasă) în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....

Nr. Crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
1	2	3	4	5	6	7
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x
Subtotal 1 - medicamente eliberate corespunzătoare DCI-uri, notate cu (**)1, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare						

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.
**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru materialele sanitare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.8
la Normele tehnice

Unitatea sanitară
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum

eliberate în tratamentul ambulatoriu
pentru luna ..... anul .....

Nr. Crt.	Serie şi nr. prescripţie	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	**) Tip de document	Total valoare prescripţie	Total valoare la preţ de decontare
1	2	3	4	5	6	7
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.
În borderoul centralizator se evidenţiază distinct medicamentele eliberate pentru: titularii de card european, acorduri/înţelegeri/convenţii/protocoale internaţionale, titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura,
Reprezentant legal

Anexa Nr. 17.9
la Normele tehnice

Unitatea sanitară
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....
Nr. ..... Data .....

Borderou centralizator din cadrul PNS ..... aferente DCI care fac obiectul contractelor cost-volum
eliberate în tratamentul spitalicesc
pentru luna ..... anul .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Cod de boală (se va nota diagnosticul pacientului doar pentru medicamentele pentru care indicaţia de codificare este prevăzută în protocolul terapeutic conform clasificării internaţionale a maladiilor revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală);
B - Total valoare la preţ de decontare.

Nr. Crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	*) Număr unic de identificare	**) Tip de document	A	B
1	2	3	4	5	6	7
1						
...						
n						
Total	x	x	x	x	x	x

*) se va completa numărul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate atribuit prin aplicaţia pusă la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

**) se completează tipul de document(e) care a/au deschis dreptul la medicamente pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiare ale O.U.G. nr. 15/2022, cu modificările şi completările ulterioare, astfel cum sunt prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.549/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

Borderoul centralizator se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele aferente DCI ce fac obiectul contractelor cost-volum eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea şi corectitudinea datelor.

Semnătura
Reprezentant legal

_____