HOTĂRÂRE nr. 423 din 25 martie 2022

privind aprobarea programelor naţionale de sănătate

EMITENT • **GUVERNUL ROMÂNIEI**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 305 din 30 martie 2022**

Data intrării în vigoare 01-04-2022

Formă consolidată valabilă la data 18-01-2024

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 02-08-2023 până la data de 18-01-2024

Notă CTCE Forma consolidată a HOTĂRÂRII nr. 423 din 25 martie 2022, publicate în Monitorul Oficial nr. 305 din 30 martie 2022, la data de 18 Ianuarie 2024 este realizată prin includerea modificărilor şi completărilor aduse de: HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022; HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023; HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023.

Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articolul 1

(1) Se aprobă programele naţionale de sănătate publică derulate şi finanţate din bugetul Ministerul Sănătăţii:

a) Programul naţional de vaccinare;

b) Programul naţional de supraveghere şi control al bolilor transmisibile prioritare;

c) Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al infecţiei HIV/SIDA;

d) Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei;

e) Programul naţional de monitorizare a factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncă;

f) Programul naţional de securitate transfuzională;

g) Programul naţional de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătăţii publice;

h) Programul naţional de sănătate mintală şi profilaxie în patologia psihiatrică;

i) Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;

j) Programul naţional de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc;

k) Programul naţional de tratament dietetic pentru boli rare;

l) Programul naţional de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate;

m) Programul naţional de sănătate a femeii şi copilului.

(2) Se aprobă programele naţionale de sănătate curative derulate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate:

a) Programul naţional de boli cardiovasculare;

b) Programul naţional de oncologie;

c) Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile;

d) Programul naţional de diabet zaharat;

e) Programul naţional de tratament al bolilor neurologice;

f) Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei;

g) Programul naţional de tratament pentru boli rare;

h) Programul naţional de sănătate mintală;

i) Programul naţional de boli endocrine;

j) Programul naţional de ortopedie;

k) Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;

l) Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică;

m) Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice;

n) Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă;

o) Programul naţional de PET-CT;

p) Programul naţional de endometrioză.

La data de 25-05-2023 Alineatul (2) din Articolul 1 a fost completat de Punctul 1, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Articolul 2

(1) Structura şi obiectivele programelor naţionale de sănătate prevăzute la art. 1 sunt cuprinse în anexa nr. 1.

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

Articolul 3

(1) Unităţile de specialitate care realizează implementarea programelor naţionale de sănătate publică sunt:

a)instituţii publice;

b)furnizori publici de servicii medicale din:

(i) subordinea Ministerului Sănătăţii;

(ii) reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale;

(iii) reţeaua ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;

c)furnizori privaţi de servicii medicale, pentru serviciile medicale care depăşesc capacitatea furnizorilor publici de servicii medicale.

(2) Unităţile de specialitate care realizează implementarea programelor naţionale de sănătate curative sunt:

a)furnizori publici de servicii medicale;

b)furnizori privaţi de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacităţii furnizorilor publici de servicii medicale;

c)furnizori privaţi de medicamente şi dispozitive medicale.

d)furnizori de servicii conexe actului medical pentru persoane cu tulburări din spectrul autist potrivit art. 3 alin. (4) din Legea nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educaţie şi sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist, cu modificările şi completările ulterioare.

La data de 29-12-2022 Alineatul (2) din Articolul 3 a fost completat de Punctul 1, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

(3) Selecţia unităţilor de specialitate se realizează în baza criteriilor de evaluare elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi a unei metodologii de selecţie care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

Articolul 4

(1) Instituţiile publice şi furnizorii publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătăţii asigură implementarea programelor naţionale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

(2) Direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti, denumite în continuare direcţiile de sănătate publică, asigură:

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

b)coordonarea, monitorizarea şi controlul implementării programelor naţionale de sănătate publică în baza contractelor încheiate cu instituţiile publice, furnizorii publici de servicii medicale din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale şi a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum şi cu furnizorii privaţi de servicii medicale, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

(3) Implementarea programelor naţionale de sănătate curative se realizează prin unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (2) în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate judeţene şi a municipiului Bucureşti, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări de sănătate.

(4) Unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (2) care au încheiate contracte conform prevederilor 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, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările şi completările ulterioare, pot încheia, pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative, contracte cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Prin excepţie de la prevederile alin. (4), casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte pentru implementarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice sau a Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică - servicii de dializă realizate în regim ambulatoriu, cu furnizori de servicii medicale care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii medicale, sunt autorizaţi şi fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare.

La data de 02-08-2023 Alineatul (5), Articolul 4 a fost modificat de Punctul 1., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

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

La data de 29-12-2022 Articolul 4 a fost completat de Punctul 2, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 5

(1) Raporturile dintre direcţiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. a), lit. b) pct. (ii) şi (iii) şi lit. c), respectiv alin. (2) sunt raporturi juridice civile, care vizează acţiuni multianuale, ce se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract. În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate, după caz, şi stipulate în acte adiţionale, potrivit şi în limita prevederilor legale în vigoare.

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

(3) Direcţiile de sănătate publică, respectiv casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afişare la sediile instituţiilor, publicare pe paginile de internet ale acestora şi anunţ în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a cererilor, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele. Cererile vor fi însoţite de documentele prevăzute de normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii sau prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, după caz.

(4) În cazul în care unităţile de specialitate depun cererile însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite şi comunicate de către direcţiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate şi nu participă la încheierea contractelor în termenele stabilite, acestea nu vor mai realiza implementarea programelor naţionale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepţia situaţiilor ce constituie cazuri de forţă majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, şi notificate de îndată direcţiei de sănătate publică sau casei de asigurări de sănătate, după caz.

(5) Direcţiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate pot stabili, prin act administrativ al conducătorului instituţiei, şi alte termene de contractare decât cele prevăzute la alin. (3), în funcţie de necesarul de servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive

medicale şi altele asemenea, după caz, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate pentru implementarea fiecărui program naţional de sănătate.

La data de 29-12-2022 Alineatul (5) din Articolul 5 a fost modificat de Punctul 3, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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

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

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

Articolul 6

(1) Implementarea programelor naţionale de sănătate se realizează de către unităţile de specialitate cu încadrarea în limita fondurilor alocate cu această destinaţie.

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

(3) Sumele prevăzute în bugetul instituţiilor publice şi furnizorilor publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătăţii se utilizează pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii. Sumele prevăzute în bugetul direcţiilor de sănătate publică se utilizează pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii sau, după caz, se alocă instituţiilor publice, furnizorilor de servicii medicale din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale şi a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum şi furnizorilor privaţi de servicii medicale, după caz, în baza contractelor încheiate cu aceştia.

(4) 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, 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 de la nivel local, ţinând cont si de indicatorii fizici şi de eficienţă realizaţi în anul precedent.

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

Articolul 7

(1) Creditele de angajament şi bugetare alocate pentru implementarea programelor naţionale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale instituţiilor publice sau furnizorilor publici de servicii medicale sau servicii conexe, după caz, respectiv în veniturile furnizorilor privaţi de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea, servicii medicale sau servicii conexe, după caz.

La data de 29-12-2022 Alineatul (1) din Articolul 7 a fost modificat de Punctul 4, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

(2) Unităţile de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia de a publica pe pagina de internet proprie bugetul de venituri şi cheltuieli, respectiv veniturile realizate în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate, după caz, precum şi execuţia, detaliat pentru fiecare program naţional de sănătate.

Articolul 8

(1) Unităţile de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia de a efectua numai cheltuieli eligibile prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita creditelor de angajament aprobate, precum şi obligaţia de a utiliza creditele bugetare numai în limita prevederilor şi a destinaţiilor aprobate.

(2) Ministerul Sănătăţii asigură sumele pentru finanţarea cheltuielilor eligibile efectuate în cadrul programelor naţionale de sănătate publice în baza centralizărilor lunare transmise de unităţile de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate, a cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1). Cererile fundamentate ale unităţilor de specialitate sunt întocmite cu respectarea prevederilor art. 58 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi sunt însoţite de borderoul centralizator al bunurilor şi serviciilor achiziţionate, al serviciilor medicale realizate şi raportate sau, după caz, al cheltuielilor de personal efectuate în condiţiile legii pentru realizarea activităţilor prevăzute în cadrul programelor, în conformitate cu prevederile normelor tehnice, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(3) Direcţiile de sănătate publică decontează unităţilor de specialitate aflate în relaţie contractuală pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică bunurile şi serviciile achiziţionate, serviciile medicale realizate şi raportate sau, după caz, cheltuielile de personal efectuate în condiţiile legii pentru realizarea activităţilor prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate publică potrivit contractului încheiat. Decontarea se realizează în baza cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate, întocmite cu respectarea prevederilor art. 58 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi sunt însoţite de borderoul centralizator al bunurilor şi serviciilor achiziţionate, al serviciilor medicale realizate şi raportate sau, după caz, al cheltuielilor de personal efectuate, precum şi de documente justificative certificate prin semnătura reprezentanţilor legali ai unităţilor de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate publică şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

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

La data de 29-12-2022 Alineatul (4) din Articolul 8 a fost modificat de Punctul 5, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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

La data de 29-12-2022 Alineatul (5) din Articolul 8 a fost modificat de Punctul 5, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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

a)tarifului per serviciu medical prevăzut în normele tehnice;

b)preţului de decontare aprobat în condiţiile legii pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea care se acordă beneficiarilor programelor naţionale de sănătate prin farmaciile cu circuit deschis;

c)preţului de achiziţie al bunurilor achiziţionate în condiţiile legii de către unităţile de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate, care pentru medicamentele acordate prin farmaciile cu circuit închis nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii;

d)preţului de achiziţie al serviciilor achiziţionate în condiţiile legii de către unităţile de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate;

e)cheltuielilor cu salariile, sporurile, indemnizaţiile şi alte drepturi salariale în bani, precum şi a contribuţiilor aferente acestora pentru personalul care desfăşoară activităţi prevăzute în normele tehnice;

f)tarifului per serviciu conex prevăzut în normele tehnice.

La data de 29-12-2022 Alineatul (6) din Articolul 8 a fost completat de Punctul 6, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 9

(1) Finanţarea sau, după caz, decontarea cheltuielilor eligibile în cadrul programelor naţionale de sănătate publică se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinaţie, în ordine cronologică a înregistrării acestora în contabilitate, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor prevăzute la art. 8 alin. (2) şi (3), cu excepţia cheltuielilor prevăzute la art. 8 alin. (6) lit. e) care se finanţează sau, după caz, se decontează într-un termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor.

(2) Decontarea pentru programele naţionale de sănătate curative se efectuează de către casele de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinaţie, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, cu excepţia serviciilor medicale din structura programelor naţionale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif şi a serviciilor conexe, pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.

La data de 02-08-2023 Alineatul (2), Articolul 9 a fost modificat de Punctul 2., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

Articolul 10

(1) Instituţiile publice şi furnizorii publici de servicii medicale sau servicii conexe care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal al beneficiarilor programului, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), după caz.

La data de 29-12-2022 Alineatul (1) din Articolul 10 a fost modificat de Punctul 8, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

(2) Furnizorii privaţi de servicii medicale, servicii conexe, precum şi furnizorii privaţi de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a

cheltuielilor pentru fiecare program naţional de sănătate, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679, a beneficiarilor programului, după caz.

La data de 29-12-2022 Alineatul (2) din Articolul 10 a fost modificat de Punctul 8, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

(3) Unităţile de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia să raporteze şi să înregistreze activitatea realizată în registrele naţionale ale bolnavilor cu afecţiuni cronice incluse în cadrul acestora, în formatul şi în condiţiile prevăzute de actele normative în vigoare, începând cu data la care acestea sunt operaţionale.

Articolul 11

(1) Ordonatorii de credite ai unităţilor de specialitate care implementează programele naţionale de sănătate publică răspund de implementarea şi monitorizarea activităţilor prevăzute în normele tehnice, de corectitudinea şi raportarea indicatorilor realizaţi în procesul implementării programelor naţionale de sănătate publică, de angajarea cheltuielilor în limita creditelor de angajament şi de utilizarea creditelor bugetare numai în limita prevederilor şi a destinaţiilor aprobate, precum şi de asigurarea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor aprobate.

(2) Controlul derulării programelor naţionale de sănătate publică se exercită de către structura cu atribuţii de control din cadrul Ministerului Sănătăţii.

(3) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor aprobate, precum şi de monitorizarea, controlul şi analiza indicatorilor fizici şi de eficienţă pentru programele naţionale de sănătate curative.

(4) Controlul privind derularea şi implementarea programelor naţionale de sănătate şi respectarea obligaţiilor contractuale ale furnizorilor se organizează şi se efectuează de către casele de asigurări de sănătate şi/sau de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz.

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

(6) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate transmite structurii cu atribuţii în elaborarea şi coordonarea programelor naţionale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătăţii, trimestrial, anual şi ori de câte ori este nevoie, indicatorii fizici şi de eficienţă pentru programele naţionale de sănătate curative, precum şi modul în care acestea sunt derulate.

Articolul 12

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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 din structura programelor naţionale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif 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.

La data de 02-08-2023 Alineatul (3), Articolul 12 a fost modificat de Punctul 3., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

Articolul 13

(1) Serviciile medicale din structura programelor naţionale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, serviciile conexe, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor,

materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi a altor 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.

La data de 02-08-2023 Alineatul (1), Articolul 13 a fost modificat de Punctul 4., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

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

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

La data de 02-08-2023 Articolul 13 a fost completat de Punctul 5., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

Articolul 14

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

(2) Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi serviciile incluse în ordinul ministrului sănătăţii aprobat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 71/2012 privind desemnarea Ministerului Sănătăţii ca unitate de achiziţii publice centralizată, aprobată cu completări prin Legea nr. 184/2013, cu modificările ulterioare, Ministerul Sănătăţii, prin unitatea de achiziţii publice centralizate, poate efectua achiziţii publice centralizate. Lista programelor naţionale de sănătate în cadrul cărora se realizează achiziţii centralizate este prevăzută în normele tehnice. Preţul medicamentelor rezultat ca urmare a achiziţiilor publice centralizate nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

(3) Ca urmare a achiziţiilor centralizate prevăzute la alin. (2), unitatea de achiziţii publice centralizată, respectiv Ministerul Sănătăţii, încheie acorduri-cadru cu operatorii economici desemnaţi câştigători, în numele şi pentru instituţiile publice aflate în subordinea sau coordonarea sa, unităţile sanitare publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii şi reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale, precum şi pentru furnizorii publici de servicii medicale din subordinea ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(4) În baza acordurilor-cadru încheiate conform prevederilor alin. (3), instituţiile publice aflate în subordinea sau coordonarea Ministerului Sănătăţii, furnizorii publici de servicii medicale din reţeaua Ministerului Sănătăţii şi reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale, precum şi unităţile sanitare publice din subordinea ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii încheie şi derulează contracte subsecvente cu operatorii economici semnatari ai acordurilor-cadru, cu avizul Ministerului Sănătăţii.

(5) Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi serviciile incluse în ordinul ministrului sănătăţii aprobat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 71/2012, aprobată cu completări prin Legea nr. 184/2013, cu modificările ulterioare, până la finalizarea implementării la nivel naţional a sistemului centralizat de achiziţii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi servicii, Ministerul Sănătăţii poate aproba, prin excepţie, desfăşurarea de achiziţii de către unităţile de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate.

(6) Achiziţionarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi serviciilor cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (2)-(5) se realizează de unităţile de specialitate care implementează programele naţionale de sănătate, cu respectarea legislaţiei din domeniul achiziţiei

publice, la un preţ de achiziţie care, în cazul medicamentelor, nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

Articolul 15

(1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, se suportă la nivelul preţului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internaţională, denumită în continuare DCI, iar în cazuri justificate medical, în cazul produselor biologice, precum şi în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menţionarea în prescripţie şi a DCI corespunzătoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a preţurilor de decontare a medicamentelor şi a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 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) 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.

La data de 29-12-2022 Alineatul (3) din Articolul 15 a fost completat de Punctul 11, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

(4) 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, în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei acestora de pe piaţă de către Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România sau de către Ministerul Sănătăţii, instituţiile abilitate exclud respectivele medicamente din lista prevăzută la alin. (2).

(5) Pentru DCI-urile incluse condiţionat în sublista C secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, 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.

(6) 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.

La data de 25-05-2023 Articolul 15 a fost completat de Punctul 3, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Notă CTCE Conform art. II din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 457 din 25 mai 2023, prevederile art. I pct. 2 şi 3 se aplică începând cu data de 1 iulie 2023, iar cele ale art. I pct. 6 se aplică începând cu data de 1 iunie 2023.

(7) 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, a unui număr mai mare de bolnavi la medicamente suportate din bugetul FNUASS.

La data de 25-05-2023 Articolul 15 a fost completat de Punctul 3, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Notă CTCE Conform art. II din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 457 din 25 mai 2023, prevederile art. I pct. 2 şi 3 se aplică începând cu data de 1 iulie 2023, iar cele ale art. I pct. 6 se aplică începând cu data de 1 iunie 2023.

(8) Prin excepţie de la prevederile alin. (6) şi (7), 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.

La data de 25-05-2023 Articolul 15 a fost completat de Punctul 3, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Notă CTCE Conform art. II din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 457 din 25 mai 2023, prevederile art. I pct. 2 şi 3 se aplică începând cu data de 1 iulie 2023, iar cele ale art. I pct. 6 se aplică începând cu data de 1 iunie 2023.

(9) Prevederile alin. (7) şi (8) 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.

La data de 25-05-2023 Articolul 15 a fost completat de Punctul 3, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Notă CTCE Conform art. II din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 457 din 25 mai 2023, prevederile art. I pct. 2 şi 3 se aplică începând cu data de 1 iulie 2023, iar cele ale art. I pct. 6 se aplică începând cu data de 1 iunie 2023.

(10) 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 stocurile existente la nivelul unităţii de specialitate.

La data de 25-05-2023 Articolul 15 a fost completat de Punctul 3, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Notă CTCE Conform art. II din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 457 din 25 mai 2023, prevederile art. I pct. 2 şi 3 se aplică începând cu data de 1 iulie 2023, iar cele ale art. I pct. 6 se aplică începând cu data de 1 iunie 2023.

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

La data de 25-05-2023 Articolul 15 a fost completat de Punctul 3, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Notă CTCE Conform art. II din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 457 din 25 mai 2023, prevederile art. I pct. 2 şi 3 se aplică începând cu data de 1 iulie 2023, iar cele ale art. I pct. 6 se aplică începând cu data de 1 iunie 2023.

Articolul 16

(1) Obligaţiile unităţilor de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1) în implementarea programelor naţionale de sănătate publică sunt prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

(2) Obligaţiile unităţilor de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative, sancţiunile, precum şi condiţiile de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor sunt prevăzute în anexa nr. 2.

(3) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţii contractuale cu unităţi de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate curative au 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 conexe, furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina 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;

La data de 29-12-2022 Litera a) din Alineatul (3) , Articolul 16 a fost modificată de Punctul 12, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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 şi a serviciilor conexe contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, precum şi contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altor asemenea eliberate, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă/calificată, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

La data de 29-12-2022 Litera b) din Alineatul (3) , Articolul 16 a fost modificată de Punctul 12, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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 de internet 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, potrivit prevederilor normelor tehnice;

f)să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, servicii conexe, investigaţii paraclinice, medicamente, materiale sanitare şi altelor asemenea, 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;

La data de 29-12-2022 Litera f) din Alineatul (3) , Articolul 16 a fost modificată de Punctul 12, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

g)să recupereze de la furnizorii care derulează programe naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale şi a serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare şi altelor asemenea sau 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 serviciilor medicale/investigaţiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

La data de 29-12-2022 Litera g) din Alineatul (3) , Articolul 16 a fost modificată de Punctul 12, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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 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, materiale sanitare şi altele asemenea acordate pe teritoriul României;

La data de 29-12-2022 Litera i) din Alineatul (3) , Articolul 16 a fost modificată de Punctul 12, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

j)să deconteze contravaloarea serviciilor medicale şi a serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altelor 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;

La data de 29-12-2022 Litera j) din Alineatul (3) , Articolul 16 a fost modificată de Punctul 12, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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.

(4) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (3), au obligaţia de a publica pe pagina de internet proprie creditele de angajament si cele bugetare, aprobate pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative/subprogramele/activităţile 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.

(5) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a informa Casa Naţională de Asigurări de Sănătate cu privire la unităţile de specialitate care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, precum şi de a publica pe pagina de internet proprie lista cuprinzând aceste unităţi.

La data de 29-12-2022 Alineatul (5) din Articolul 16 a fost modificat de Punctul 13, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

(6) 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.

La data de 29-12-2022 Alineatul (6) din Articolul 16 a fost modificat de Punctul 13, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

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

La data de 29-12-2022 Alineatul (7) din Articolul 16 a fost modificat de Punctul 13, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 17

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

(2) Activităţile pentru care se utilizează personalul în condiţiile alin. (1) sunt prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

Articolul 18

Asigurarea asistenţei tehnice şi managementului programelor naţionale de sănătate publică se realizează prin unităţi de asistenţă tehnică management al programelor naţionale de sănătate publică, denumite în continuare UATM, înfiinţate în cadrul instituţiilor publice din subordinea Ministerului Sănătăţii. Desemnarea instituţiilor publice din subordinea Ministerului Sănătăţii în cadrul cărora se înfiinţează UATM, condiţiile necesare organizării şi funcţionării acestora, inclusiv finanţarea cheltuielilor acestora se aprobă prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică.

Articolul 19

(1) Imunizarea populaţiei este un serviciu medical preventiv esenţial oferit de toţi medicii de familie pentru asiguraţii înscrişi pe lista proprie sau a altor cabinete, precum şi pentru neasiguraţi, în condiţiile prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

(2) Furnizorii de servicii medicale care acordă servicii medicale de vaccinare pentru imunizarea populaţiei în cadrul Programului naţional de vaccinare pot primi vaccinurile achiziţionate de către Ministerul Sănătăţii, în baza contractelor de furnizare a vaccinurilor încheiate cu direcţiile de sănătate publică, în condiţiile prevăzute prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

Articolul 20

Produsele achiziţionate de Ministerul Sănătăţii prin licitaţii publice organizate la nivel naţional sunt furnizate autorităţilor administraţiei publice locale sau, după caz, furnizorilor de servicii medicale, pentru a fi utilizate la realizarea activităţilor din cadrul programelor naţionale de sănătate publică, în baza contractelor de furnizare de produse încheiate cu direcţiile de sănătate publică, în condiţiile prevăzute prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

Articolul 21

La implementarea programelor naţionale de sănătate publică sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de bunuri reprezentate prin medicamente, materiale sanitare, reactivi, dezinfectanţi şi altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii.

Articolul 22

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

Articolul 23

În cadrul Subprogramului de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau 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.

La data de 02-08-2023 Articolul 23 a fost modificat de Punctul 6., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

Articolul 24

(1) Pentru tehnica de calcul şi programele informatice achiziţionate în vederea derulării Programului naţional privind evaluarea stării de sănătate a populaţiei în asistenţa medicală primară, a căror stare

tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcţiile de sănătate publică şi cabinetele de medicină de familie.

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

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

Articolul 25

(1) În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe pagina de internet proprie, serviciile medicale, servicii conexe, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naţionale de sănătate curative se acordă în regim offline. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale, precum şi de furnizorii de servicii conexe, care derulează programe naţionale de sănătate curative, a serviciilor acordate în regim offline pe perioada întreruperii funcţionării PIAS şi a serviciilor acordate offline anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.

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

La data de 29-12-2022 Articolul 25 a fost modificat de Punctul 14, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 26

(1) În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea PIAS constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe pagina de internet proprie, furnizorii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea eliberează în sistem offline medicamentele sau materialele sanitare specifice din prescripţiile medicale online şi offline, în condiţiile prevăzute de normele tehnice. În aceste situaţii medicamentele sau materialele sanitare prescrise nu se eliberează fracţionat. Transmiterea în PIAS, de către furnizori a medicamentelor sau materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative în regim offline pe perioada întreruperii funcţionării PIAS se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.

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

Articolul 27

Serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate sau, după caz, eliberate offline în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcţionării sistemului naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

La data de 29-12-2022 Articolul 27 a fost modificat de Punctul 15, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 28

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activităţii lunare prevăzut în contract, pentru ziua, sau după caz, zilele în care sunt constatate întreruperi în funcţionarea PIAS în condiţiile art. 25-27. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate offline şi/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilităţii de a utiliza online sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS -, ca urmare a întreruperii funcţionării acestuia, şi se publică pe pagina de internet a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Articolul 29

Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia să respecte prevederile Regulamentului UE 2016/679, Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), cu modificările ulterioare, precum şi prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal şi protecţia vieţii private în sectorul comunicaţiilor electronice, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 30

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

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

(3) Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri se prelungesc prin acte adiţionale până la încheierea noilor contracte, dar nu mai mult de 30 zile calendaristice de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri. Suma înscrisă în actele 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.

Articolul 31

Anexele nr. 1 şi 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ
Contrasemnează:
p. Ministrul sănătăţii,
Adriana Pistol,
secretar de stat
p. Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan
p. Ministrul finanţelor,
Daniela Pescaru,
secretar de stat
Ministrul apărării naţionale,
Vasile Dîncu
p. Ministrul afacerilor interne,
Raed Arafat,
secretar de stat

Bucureşti, 25 martie 2022.
Nr. 423.

Anexa nr. 1

STRUCTURA PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE ŞI OBIECTIVELE ACESTORA

A. PROGRAME NAŢIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ FINANŢATE DIN BUGETUL MINISTERULUI SĂNĂTĂŢII

I. Programul naţional de vaccinareObiectiv:
Protejarea sănătăţii populaţiei împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea populaţiei.

II. Programul naţional de supraveghere şi control al bolilor transmisibile prioritareObiectiv:

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

Structură:

1. Subprogramul naţional de supraveghere şi control al bolilor transmisibile prioritare;

2. Subprogramul naţional de supraveghere şi control al infecţiilor asociate asistenţei medicale şi rezistenţei microbiene, precum şi de monitorizare a utilizării antibioticelor;

3. Subprogramul naţional de testare NAAT/RT-PCR şi de secvenţiere.

III. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al infecţiei HIV/SIDAObiective:

a)reducerea răspândirii infecţiei HIV/SIDA prin acţiuni specifice de prevenire, precum şi prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecţia HIV/SIDA şi a persoanelor infectate HIV simptomatice;

b)reducerea morbidităţii asociate cu infecţia HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecţie HIV/SIDA.

IV. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozeiObiective:

a)reducerea incidenţei, prevalenţei şi a mortalităţii TB;

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

V. Programul naţional de monitorizare a factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncăObiectiv:

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

VI. Programul naţional de securitate transfuzionalăObiectiv:

Asigurarea cu sânge şi componente sanguine, în condiţii de maximă siguranţă.

VII. Programul naţional de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătăţii publiceObiectiv:

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

Structură:

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

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

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

d)Subprogramul de screening organizat pe baze populaţionale pentru depistarea infecţiilor cronice cu virusuri hepatitice B/C/D;

VIII. Programul naţional de sănătate mintală şi profilaxie în patologia psihiatricăObiective:

a)promovarea sănătăţii mintale prin terapie ocupaţională;

b)asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii şi adolescenţi;

c)creşterea nivelului de competenţe ale specialiştilor care lucrează cu persoane cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate şi al calităţii serviciilor medicale acordate acestora, precum şi creşterea nivelului de abilităţi şi cunoştinţe ale părinţilor şi familiilor persoanelor cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate.

IX. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umanăObiective:

a)creşterea numărului de donatori vii, de donatori aflaţi în moarte cerebrală, precum şi de donatori fără activitate cardiacă;

b)creşterea accesului bolnavilor cu indicaţie pentru transplant la proceduri de transplant de organe, ţesuturi şi/sau celule de origine umană şi la evaluarea periodică post-transplant;

c)dezvoltarea şi gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care şi-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;

d)tratamentul infertilităţii cuplului.

Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;

2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînrudiţi;

3. Subprogramul de fertilizare in vitro şi embriotransfer.

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

Îmbunătăţirea depistării deficitului de vitamină D la pacienţii din grupele de risc.

XI. Programul naţional de tratament dietetic pentru boli rareObiectiv:

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

XII. Programul naţional de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătateObiectiv: Îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei prin promovarea unui stil de viaţă sănătos şi combaterea principalilor factori de risc.

Structură:

1. Subprogramul de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate;

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

XIII. Programul naţional de sănătate a femeii şi copiluluiObiective:

a)îmbunătăţirea stării de sănătate a copilului;

b)îmbunătăţirea stării de sănătate a femeii.

Structură:

1. Subprogramul de nutriţie şi sănătate a copilului;

2. Subprogramul de sănătate a femeii.

B.PROGRAME NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE FINANŢATE DIN BUGETUL FONDULUI NAŢIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

I. Programul naţional de boli cardiovascularеObiectiv: Asigurarea tratamentului 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.

II. Programul naţional de oncologie Obiective:

a)tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

b)reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;

c)radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

d)diagnosticul şi monitorizarea afecţiunilor hematologice maligne;

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 radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

4. Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecţiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară;

5. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;

6. Subprogramul naţional de testare genetică.

La data de 02-08-2023 Punctul II., Litera B., Anexa nr. 1 a fost modificat de Punctul 7., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

III. Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile

Obiectiv: tratamentul surdităţii prin proteze auditive implantabile.

IV. Programul naţional de diabet zaharatObiective:

a)prevenţia secundară a diabetului zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate -HbA 1c;

b)asigurarea tratamentului medicamentos al pacienţilor 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 insulinotrataţi: 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.

V. Programul naţional de tratament al bolilor neurologiceObiectiv: Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă.

VI. Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemieiObiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie şi talasemie.

VII. Programul naţional de tratament pentru boli rareObiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzut în normele tehnice aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

VIII. Programul naţional de sănătate mintală Obiective:

a)asigurarea tratamentului specific bolnavilor 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.

La data de 25-05-2023 Punctul VIII. din Litera B. , Anexa nr. 1 a fost modificat de Punctul 4, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

IX. Programul naţional de boli endocrineObiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză, bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferări maligne.

Structură:

1. Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză;

2. Subprogramul naţional de tratament medicamentos al bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferării maligne.

X. Programul naţional de ortopedieObiectiv:Asigurarea tratamentului:

a)bolnavilor cu afecţiuni articulare prin endoprotezare;

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

c)bolnavilor cu diformităţi de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană;

d)bolnavilor cu patologie tumorală, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală;

e)tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare;

f)tratamentul inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil, prin corecţie.

La data de 02-08-2023 Punctul X., Litera B., Anexa nr. 1 a fost completat de Punctul 8., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

XI. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umanăObiective:

a)tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienţilor cu transplant;

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

XII. Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronicăObiective:

Asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi prin hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă online de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienţilor.

XIII. Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice

Obiectiv: tratamentul pacienţilor cu insuficienţă hepatică prin epurare extrahepatică.

XIV. Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţăObiective:

a)asigurarea investigaţiilor diagnostice şi a tratamentului unor afecţiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanţă;

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

c)tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos prin: stimulare neinvazivă a nervului vag, stimulare invazivă a nervului vag, proceduri microchirurgicale, implantarea unui dispozitiv de stimulare cerebrală profundă;

La data de 29-12-2022 Litera c) din Punctul XIV. , Litera B. , Anexa nr. 1 a fost modificată de Punctul 17, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

d)tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită, prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;

e)tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular;

f)tratamentul de stimulare profundă cerebrală la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxină botulinică.

Structură:

1. Subprogramul de radiologie intervenţională

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

3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

4. Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

XV. Programul naţional de PET-CTObiective:

a)monitorizarea evoluţiei pentru unele afecţiuni

b)evaluarea opţiunilor terapeutice

c)diagnosticul şi monitorizarea unor bolilor rare

XVI. Programul naţional de endometrioză

Obiectiv: Tratamentul specific bolnavelor cu endometrioză.

La data de 25-05-2023 Litera B. din Anexa nr. 1 a fost completată de Punctul 5, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Anexa nr. 2

Obligaţiile unităţilor de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative, sancţiunile, precum şi condiţiile de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor

Capitolul I
Unităţile sanitare cu paturi

Secţiunea 1
Obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi

Articolul 1

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 online 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 offline; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate offline se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical 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 (Lista), 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 online şi numai pentru situaţii justificate prescripţia electronică offline, 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 prin tratament Gamma Knife, efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

w)să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise offline 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. y) şi z) 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.

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 frecvenţă lunară, către R.N.E.

Secţiunea a 2-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu unităţile sanitare cu paturi

Articolul 2

(1) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 1 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 respectiv(ă);

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 respectiv(ă);

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 respectiv(ă).

(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 1 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(ă);

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 respectiv(e), 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. 1 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 prevăzute la art. 1 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 offline care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 1 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 offline.

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

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

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

c)la a treia constatare 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) de la 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.

Articolul 3

(1) 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), 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.

Articolul 4

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 dintre 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.

Capitolul II
Furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice

Secţiunea 1
Obligaţiile furnizorilor de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice

Articolul 5

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice 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 şi completările 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 materialelor 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 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 materialele sanitare specifice/dispozitivele 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 offline 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 offline 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/dispozitivele 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/dispozitivele 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 offline, 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/dispozitivele 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/dispozitivele 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/dispozitivele 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/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 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/ documentele 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.

Secţiunea a 2-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice

Articolul 6

(1) 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. 5 lit. 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. 5 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. 5 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. 5 lit. c) privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente în ambulatoriu din documentele necesare transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum 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 plată 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 plată 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. 5 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. 5 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.

Articolul 7

(1) Contractul 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. 6 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. 6 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. 6 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g)odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 6 alin. (2); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 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/ dispozitivelor 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;

i)la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 5 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. 5 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 asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului.

Articolul 8

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 in 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.

Articolul 9

Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorul de medicamente/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele 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;

Articolul 10

Prevederile art. 8 şi 9 se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

Capitolul III
Furnizorii de servicii medicale paraclinice

Secţiunea 1
Obligaţiile furnizorilor servicii medicale paraclinice

Articolul 11

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale paraclinice au următoarele obligaţii:

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 online 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 offline; 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 offline se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical paraclinic 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 îl 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;

La data de 02-08-2023 Litera p), Articolul 11, Sectiunea 1, Capitolul III, Anexa nr. 2 a fost modificată de Punctul 9., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

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;

La data de 25-05-2023 Litera q) din Articolul 11 , Secțiunea 1 , Capitolul III , Anexa nr. 2 a fost modificată de Punctul 6, Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 457 din 25 mai 2023

Notă CTCE Conform art. II din HOTĂRÂREA nr. 489 din 24 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial nr. 457 din 25 mai 2023, prevederile art. I pct. 2 şi 3 se aplică începând cu data de 1 iulie 2023, iar cele ale art. I pct. 6 se aplică începând cu data de 1 iunie 2023.

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 si 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 pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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 si pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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/subprogramele/ activităţile 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.

Secţiunea a 2-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice

Articolul 12

(1)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 11 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. 11 lit. q) şi/sau faptul că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 11 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. 11 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.

Articolul 13

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

a)dacă din motive imputabile 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. 12 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. 12 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 12 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către 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. 11 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. 11 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. 11 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.

Articolul 14

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative 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:

(i) 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;

(ii) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice, după caz;

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

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

(v) 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.

Articolul 15

(1) Contractul de furnizare 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 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.

Capitolul IV
Furnizorii de servicii medicale de dializă

Secţiunea 1
Obligaţiile furnizorilor de servicii medicale de dializă

Articolul 16

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de dializă au 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 semnătură 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 online 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 offline; 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 offline se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical de dializă 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/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/ subprogramelor naţionale de sănătate curative;

q)să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: 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 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;

La data de 02-08-2023 sintagma: Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, cu modificările şi completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

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, 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 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private;

La data de 02-08-2023 sintagma: Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările şi completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

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;

La data de 02-08-2023 sintagma: Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările şi completările ulterioare a fost înlocuită de Articolul II din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

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 online, 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 online 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.

Articolul 17

Furnizorul privat de servicii medicale de dializă nu are obligaţia de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

Secţiunea a 2-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale de dializă

Articolul 18

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de dializă a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 16 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 la art. 16 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 la art. 16 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. 16 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. 16 lit. ai) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 0,5% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;

b)la a doua constatare se diminuează cu 1% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate;

c)la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă neraportate.

(7)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 16 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. 16 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 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 prevăzute la art. 16 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.

Articolul 19

(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 dializă 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 dializă 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 dializă aflat/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.

Articolul 20

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. 16 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.

Articolul 21

Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor 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. 16 lit. x);

f)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 16 lit. a), ş) şi ac);

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

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

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

Capitolul V
Furnizorii de servicii de radioterapie

Secţiunea 1
Obligaţiile furnizorilor de servicii de radioterapie

Articolul 22

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de radioterapie au 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 semnătură 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 online 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 offline; 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 offline se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie 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;

La data de 02-08-2023 Litera y), Articolul 22, Sectiunea 1, Capitolul V, Anexa nr. 2 a fost modificată de Punctul 10., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 643 din 27 iulie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 708 din 2 august 2023

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/documentele însoţitoare.

Secţiunea a 2-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii de radioterapie

Articolul 23

(1)În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 22 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. 22 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. 22 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 plată 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 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 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 de servicii de radioterapie care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată 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 de servicii de radioterapie.

(8) Nerespectarea de către furnizor a obligaţiei prevăzute la art. 22 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.

Articolul 24

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

eliberate 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. 22 lit. w);

f) nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 22 lit. a), ş) şi aa);

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

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

Articolul 25

(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 cu privire la transferul 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 medicale de dializă, 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.

Articolul 26

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.

Articolul 27

(1) Situaţiile prevăzute la art. 24 şi la art. 25 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. 24 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.

Capitolul VI
Unităţi de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

La data de 29-12-2022 Anexa nr. 2 a fost completată de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Secţiunea 1
Obligaţiile unităţilor de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

La data de 29-12-2022 Capitolul VI din Anexa nr. 2 a fost completat de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 28

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe au 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 semnătură 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 medicului 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 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 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 (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;

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, 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;

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

x)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;

y)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. 968/5.194/1.945/714/2016, cu modificările ulterioare.

La data de 29-12-2022 Sectiunea 1 din Capitolul VI , Anexa nr. 2 a fost completată de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Secţiunea a 2-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

La data de 29-12-2022 Capitolul VI din Anexa nr. 2 a fost completat de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 29

Nerespectarea de către unităţile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 28 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, diminuarea cu 1% a contravalorii 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.

La data de 29-12-2022 Sectiunea a 2-a din Capitolul VI , Anexa nr. 2 a fost completată de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 30

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

La data de 29-12-2022 Sectiunea a 2-a din Capitolul VI , Anexa nr. 2 a fost completată de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 31

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

La data de 29-12-2022 Sectiunea a 2-a din Capitolul VI , Anexa nr. 2 a fost completată de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022

Articolul 32

(1) Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a)furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de asigurare a serviciilor conexe, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul subprogramului de sănătate curativ; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b)nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 28 lit. h) în condiţiile în care furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare, a dovezii de acreditare sau înscrierii în procesul de acreditare, după caz, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei, precum 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), pe perioada suspendării, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile conexe.

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

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pe perioada suspendării, 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.

La data de 29-12-2022 Sectiunea a 2-a din Capitolul VI , Anexa nr. 2 a fost completată de Punctul 18, ARTICOLUL UNIC din HOTĂRÂREA nr. 1.553 din 28 decembrie 2022, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1268 din 29 decembrie 2022
