HOTĂRÂRE Nr. 1388 din 28 decembrie 2010

privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012

 *Text în vigoare începând cu data de 20 iulie 2012*

 *REALIZATOR: COMPANIA DE INFORMATICĂ NEAMŢ*

 *Text actualizat prin produsul informatic legislativ LEX EXPERT în baza actelor normative modificatoare, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, până la 20 iulie 2012.*

 ***Act de bază***

**#B**: *Hotărârea Guvernului nr. 1388/2010*

 ***Acte modificatoare***

**#M1**: *Hotărârea Guvernului nr. 305/2011*

**#M2**: *Hotărârea Guvernului nr. 651/2012*

 *Modificările şi completările efectuate prin actele normative enumerate mai sus sunt scrise cu font italic. În faţa fiecărei modificări sau completări este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectivă, în forma* ***#M1****,* ***#M2*** *etc.*

**#CIN**

***NOTE:***

***1.*** *Prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1591/1110/2010 au fost aprobate Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012.*

***2.*** *Nu sunt incluse în textul actualizat modificările efectuate prin art. II din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). Reproducem mai jos aceste prevederi.*

**#M2**

 *"ART. II*

 *În tot cuprinsul Hotărârii Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, cu modificările şi completările ulterioare, sintagma <<cod numeric personal>> se înlocuieşte cu sintagma <<cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz>>."*

**#B**

 În temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată, şi al art. 48 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

 Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

 ART. 1

 (1) Se aprobă programele naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, precum şi structura şi obiectivele acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

 (2) Programele naţionale de sănătate reprezintă, potrivit prevederilor art. 45 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, un ansamblu de acţiuni multianuale, organizate în scopul evaluării, prevenirii, tratamentului şi controlului bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populaţiei.

 (3) Programele naţionale de sănătate se derulează în mod distinct sau în comun de Ministerul Sănătăţii şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz.

 ART. 2

 Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, denumite în continuare norme tehnice, sunt aprobate prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

 ART. 3

 (1) Programele naţionale de sănătate se finanţează de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.

 (2) Necesarul de resurse pentru derularea programelor naţionale de sănătate şi detalierea acestuia pe surse de finanţare şi categorii de cheltuieli este fundamentat şi cuprins anual în legea bugetului de stat.

 (3) Detalierea fondurilor prevăzute la alin. (2) pe programe naţionale de sănătate se aprobă prin norme tehnice.

 (4) Ministerul Sănătăţii reţine la dispoziţia sa, din veniturile proprii, o cotă de rezervă de 5% din totalul fondurilor prevăzute la alin. (2) care se repartizează şi se utilizează în completarea fondurilor alocate iniţial, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

 ART. 4

 (1) Programele naţionale de sănătate sunt elaborate şi, după caz, implementate şi coordonate la nivel naţional de structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii.

 (2) Ministerul Sănătăţii poate desemna unităţi din subordinea sa pentru asigurarea implementării şi coordonării la nivel naţional a programelor naţionale de sănătate.

 (3) Atribuţiile structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii şi ale unităţilor din subordine cu privire la elaborarea şi coordonarea programelor naţionale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

 (4) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate organizează, implementează, derulează şi monitorizează programele naţionale de sănătate prevăzute la lit. B din anexă.

 ART. 5

 (1) Implementarea şi monitorizarea la nivel regional a programelor naţionale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă se realizează de către coordonatorii regionali din cadrul Institutului Naţional de Sănătate Publică şi din unităţi din subordinea Ministerului Sănătăţii.

 (2) Implementarea şi monitorizarea la nivel local a programelor naţionale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă se realizează de către coordonatorii locali din cadrul direcţiilor de sănătate publică.

 (3) Atribuţiile coordonatorilor regionali şi locali prevăzuţi la alin. (1) şi (2) cu privire la implementarea şi monitorizarea programelor naţionale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

 (4) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, urmărirea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor aprobate, precum şi de monitorizarea, controlul şi analiza indicatorilor fizici şi de eficienţă pentru programele prevăzute la lit. B din anexă.

 (5) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate transmite structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii prevăzute în normele tehnice, trimestrial, în termen de maximum 30 de zile de la data încheierii trimestrului, indicatorii fizici şi de eficienţă pentru programele prevăzute la lit. B din anexă.

 ART. 6

 (1) Ministerul Sănătăţii repartizează direcţiilor de sănătate publică şi unităţilor sanitare din reţeaua sanitară proprie fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă, în condiţiile legii.

 (2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici şi de eficienţă realizaţi în anul precedent.

 ART. 7

 (1) Sumele aprobate pentru derularea programelor naţionale de sănătate se alocă lunar, pe baza cererilor fundamentate ale ordonatorilor de credite secundari şi terţiari, însoţite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

 (2) Pentru programele naţionale de sănătate finanţate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, sumele necesare se asigură lunar de către Ministerul Sănătăţii, în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat, la solicitarea fundamentată a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

 (3) Pentru realizarea atribuţiilor referitoare la programele naţionale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă, direcţiile de sănătate publică pot încheia contracte, conform legii, cu unităţi sanitare publice şi private, instituţii publice, furnizori de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, alte instituţii şi organizaţii guvernamentale şi neguvernamentale, precum şi cu autorităţile administraţiei publice locale pentru structurile al căror management a fost preluat de către acestea, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

 (4) Sumele prevăzute în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate cu scop curativ prevăzute la lit. B pct. I din anexă se alocă după cum urmează:

**#M2**

 *a) în baza contractelor negociate şi încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, precum şi între furnizorii privaţi de servicii de dializă: hemodializă convenţională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz;*

**#B**

 b) în baza contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate şi ofertanţii desemnaţi câştigători ai procedurilor de achiziţie publică organizate la nivel naţional, conform art. 11 alin. (1).

 ART. 8

 (1) Raporturile stabilite între unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate şi direcţiile de sănătate publică, casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acţiuni multianuale, ce se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2012.

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

 (3) Angajamentele legale încheiate în exerciţiul curent din care rezultă obligaţii nu pot depăşi creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

**#M2**

 *(3^1) Creditele bugetare aferente acţiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanţate şi plătite în cursul exerciţiului bugetar. Plăţile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exerciţiul bugetar curent sau în exerciţiile bugetare anterioare.*

 *(3^2) Sumele nedecontate pentru medicamentele şi materialele sanitare utilizate în programele naţionale de sănătate în tratamentul ambulatoriu eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi sumele nedecontate pentru servicii de dializă efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.*

 *(3^3) Angajamentele legale aferente medicamentelor şi materialelor sanitare utilizate pentru fiecare program naţional în tratamentul ambulatoriu eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi pentru servicii de dializă, efectuate în luna decembrie, la nivelul casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, după caz, nu pot depăşi media lunară a primelor 11 luni ale aceluiaşi an.*

**#B**

 (4) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram de sănătate.

**#M2**

 ART. 8^1\*)

 *(1) Unităţile sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional cu scop curativ au următoarele obligaţii:*

 *a) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate, potrivit destinaţiei acestora;*

 *b) să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale şi băneşti;*

 *c) să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare program/subprogram şi pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare atât în prevederi, cât şi în execuţie;*

 *d) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare din cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, potrivit prevederilor legale în vigoare;*

 *e) să asigure bolnavilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;*

 *f) 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;*

 *g) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate, cu evidenţe distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, în limita fondurilor stabilite cu această destinaţie;*

 *h) să asigure acordarea serviciilor medicale şi tratamentul specific afecţiunilor cuprinse în programele naţionale de sănătate asiguraţilor fără nicio discriminare;*

 *i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale (cumulat de la începutul anului) şi anuale privind sumele utilizate pe fiecare program, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza codurilor numerice personale, pentru bolnavii trataţi în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate;*

 *j) să depună lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării şi decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract şi a sumelor disponibile cu această destinaţie;*

 *k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripţiile medicale în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu, însoţite de borderourile centralizatoare distincte;*

 *l) să organizeze evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice, precum şi de servicii de supleere renală, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, cantitatea şi valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;*

 *m) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;*

 *n) să informeze asiguraţii cu privire la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate;*

 *o) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi în actele normative în vigoare;*

 *p) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;*

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

 *r) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamentele ce se eliberează în cadrul programelor naţionale de sănătate aferente tratamentului ambulatoriu, după caz, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă din motive justificate nu poate fi utilizată prescrierea medicală electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente ce se eliberează în cadrul programelor naţionale de sănătate aferente tratamentului ambulatoriu, de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;*

 *s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale conform dispoziţiilor legale;*

 *ş) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;*

 *t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;*

 *ţ) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia, în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare;*

 *u) să raporteze consumul de medicamente/materiale sanitare ce se eliberează în cadrul programelor naţionale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare.*

 *(2) Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, au următoarele obligaţii:*

 *a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în lista C - secţiunea C2 din 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, cu modificările şi completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de decontare, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi;*

 *b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi denumiri comune internaţionale (DCI), cu prioritate la preţurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului şi înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele şi materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;*

 *c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare;*

 *d) să verifice prescripţiile medicale în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării de către casele de asigurări de sănătate a contravalorii medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ;*

 *e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ;*

 *f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;*

 *g) să întocmească şi să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările şi completările ulterioare, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ: factură şi alte documente justificative prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările şi completările ulterioare; sumele prevăzute în factură şi medicamentele şi materialele sanitare din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor lit. u);*

 *h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în condiţiile reglementărilor legale în vigoare;*

 *i) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;*

 *j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida CNAS şi puse la dispoziţie de către aceasta;*

 *k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării Generale Naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciştilor din România şi a Codului deontologic al farmacistului, în relaţiile cu asiguraţii;*

 *l) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina de web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte potrivit prevederilor legale în vigoare;*

 *m) să elibereze asiguraţilor medicamentele din prescripţiile medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract;*

 *n) să anuleze DCI-urile/medicamentele şi/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", în faţa primitorului, pe toate exemplarele prescripţiei medicale, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective;*

 *o) să nu elibereze medicamentele şi materialele sanitare din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;*

 *p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală;*

 *q) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;*

 *r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele şi materialele sanitare specifice ce se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în bugetul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate şi afişat de aceasta pe site;*

 *s) să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ;*

 *ş) să elibereze medicamentele şi materialele sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, la nivelul preţului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi; în cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât preţul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul medicamentului prescris şi preţul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei;*

 *t) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;*

 *ţ) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;*

 *u) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situaţia medicamentelor şi materialelor sanitare eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;*

 *v) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, conform prevederilor legale în vigoare;*

 *w) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;*

 *x) să se afle pe toată perioada de derulare a contractului de furnizare de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală;*

 *y) să respecte dreptul asiguraţilor de a-şi alege farmacia care derulează programele naţionale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;*

 *z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciştii şi asistenţii de farmacie) care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;*

 *aa) să solicite, începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia, în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare în cadrul programelor de sănătate cu scop curativ; medicamentele/materialele sanitare menţionate anterior, eliberate în alte condiţii, nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;*

 *ab) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea de medicamente/materiale sanitare eliberate 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.*

 *(3) Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate au următoarele obligaţii:*

 *a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate potrivit prevederilor legale în vigoare;*

 *b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naţionale de sănătate şi ale asiguratului referitoare la actul medical;*

 *c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;*

 *d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul unor programe naţionale de sănătate; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;*

 *e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit machetelor de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;*

 *f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate, inclusiv lunar, trimestrial şi anual, machetele de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;*

 *g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, conform prevederilor legale în vigoare;*

 *h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este cel utilizat în cadrul contractului de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice, program asumat prin contractul încheiat şi care se depune la casa de asigurări de sănătate, la dosarul de contractare;*

 *i) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;*

 *j) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;*

 *k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naţionale de sănătate;*

 *l) să asigure serviciile medicale paraclinice care se acordă asiguraţilor în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate fără nicio discriminare;*

 *m) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;*

 *n) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;*

 *o) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice pentru dozarea hemoglobinei glicozilate la bolnavi cu diabet zaharat medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;*

 *p) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice pentru investigaţiile PET-CT medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului şi, periodic, cel puţin o dată pe lună, Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;*

 *q) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;*

 *r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;*

 *s) să efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiţia ca medicul diabetolog care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;*

 *ş) să efectueze investigaţia PET-CT numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;*

 *t) să verifice biletele de trimitere/decizia de aprobare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;*

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

 *u) să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice, conform specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;*

 *v) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;*

 *w) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;*

 *x) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigaţii medicale paraclinice raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi pentru orice alte investigaţii efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;*

 *y) să asigure prezenţa unui medic specialist în medicină de laborator în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, care să acopere cel puţin o normă/zi (7 ore), respectiv a 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;*

 *z) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;*

 *aa) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele dozărilor hemoglobinei glicozilate efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;*

 *ab) să consemneze rezultatele şi să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor PET-CT, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului;*

 *ac) să transmită lunar, odată cu raportarea, documentele necesare în vederea decontării prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările şi completările ulterioare;*

 *ad) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;*

 *ae) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate;*

 *af) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor.*

 *(4) Furnizorii de servicii de dializă aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru furnizare de servicii de dializă au următoarele obligaţii:*

 *a) să furnizeze serviciile în conformitate cu Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare, precum şi cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licenţierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor şi să utilizeze numai medicamente şi materiale sanitare, aparatură şi echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licenţiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;*

 *b) să furnizeze serviciile pacienţilor asiguraţi cuprinşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita numărului de bolnavi pe tipuri de dializă şi a valorii de contract;*

 *c) să furnizeze serviciile pacienţilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii şi a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 al Consiliului din 21 martie 1972 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu salariaţii şi cu membrii familiilor acestora care se deplasează în interiorul Comunităţii de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene sau ale Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului şi în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenţia şi raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane;*

 *d) să solicite documente care să ateste că pacienţii sunt asiguraţi în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;*

 *e) să pregătească şi să depună la autorităţile relevante rapoartele cerute de normele de dializă potrivit prevederilor legale în vigoare;*

 *f) să angajeze personalul de specialitate în proporţie cu cerinţele minimale de personal prevăzute în normele de dializă şi să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;*

 *g) să respecte atât criteriile medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât şi criteriile de calitate a serviciilor de dializă, în conformitate cu art. 238 şi 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;*

 *h) să ofere relaţii asiguraţilor despre serviciile acordate, precum şi despre modul în care vor fi furnizate acestea şi să acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor şi al păstrării sănătăţii;*

 *i) să respecte confidenţialitatea prestaţiei medicale;*

 *j) să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;*

 *k) să stabilească şi să respecte programul de activitate, să îl afişeze la loc vizibil şi să stabilească programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;*

 *l) să anunţe casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate despre modificările oricăreia dintre condiţiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de dializă, în maximum două zile lucrătoare da la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului, precum şi la modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;*

 *m) să informeze pacienţii cu privire la pachetul de servicii de bază şi la obligaţiile sale în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi la obligaţiile pacienţilor referitoare la actul medical;*

 *n) să permită personalului Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor 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 achiziţionate şi utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;*

 *o) să răspundă de efectuarea şi de calitatea transportului nemedical al pacienţilor pentru hemodializă: hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, prevăzuţi în contract, precum şi de transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare pentru pacienţii cu dializă peritoneală: continuă sau automată, prevăzuţi în contract;*

 *p) să organizeze evidenţa indicatorilor de performanţă ai tratamentului elaboraţi de comisia de specialitate a Ministerului Sănătăţii şi să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;*

 *q) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original, în două exemplare, şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidenţialităţii datelor, declaraţia de servicii lunară, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;*

 *r) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;*

 *s) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi ale legislaţiei subsecvente în acest domeniu;*

 *ş) să anunţe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienţi noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează conform prevederilor Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;*

 *t) să îndeplinească condiţiile suspensive în termenul prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.*

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^1 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#M2**

 ART. 8^2\*)

 *(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 8^1 alin. (1) şi în contractele încheiate de unităţile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional cu scop curativ atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:*

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

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

 *c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective;*

 *d) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8^1 alin. (1) lit. u) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;*

 *e) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8^1 alin. (1) lit. u) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 7% faţă de procentul prevăzut la lit. d), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.*

 *(2) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se aplică următoarele măsuri:*

 *a) avertisment la prima constatare;*

 *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.*

 *(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8^1 alin. (2) lit. a) - c), e) - h), j) - w) şi y) - aa), se aplică următoarele măsuri:*

 *a) avertisment la prima constatare;*

 *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.*

 *(4) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8^1 alin. (2) lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.*

 *(5) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, precum şi pentru nerespectarea de către aceştia a obligaţiilor prevăzute la art. 8^1 alin. (3) lit. b), e) - g), k) - m) şi q) - r), se va diminua contravaloarea serviciilor medicale aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii după cum urmează:*

 *a) la prima constatare, cu 10%;*

 *b) la a doua constatare, cu 20%;*

 *c) la a treia constatare, cu 30%.*

 *(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligaţiilor prevăzute la art. 8^1 alin. (3) lit. a), c), j), n), s) şi ş), precum şi faptul că serviciile raportate de către aceşti furnizori conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.*

 *(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligaţiilor prevăzute la art. 8^1 alin. (4) lit. c) - f), h) - j), l) - m) şi p) - ş), se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:*

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

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

 *c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.*

 *(8) Reţinerea sumelor conform alin. (1) - (7) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional cu scop curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reţinerea sumei conform alin. (2) - (4) se aplică la nivel de farmacie.*

 *(9) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) - (7) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional cu scop curativ.*

 *(10) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) - (7), casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz, ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.*

 *(11) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) - (7).*

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^2 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#M2**

 ART. 8^3\*)

 *(1) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, respectiv casele de asigurări de sănătate, după caz, aflate în relaţii contractuale cu furnizori de servicii de dializă, au următoarele obligaţii:*

 *a) încheie contracte cu furnizorii de dializă autorizaţi şi evaluaţi, în condiţiile legii;*

 *b) monitorizează activitatea şi calitatea serviciilor efectuate de furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calităţii şi evidenţele furnizorului;*

 *c) urmăreşte derularea contractului şi modul de îndeplinire a obligaţiilor asumate de furnizor;*

 *d) decontează furnizorului serviciile contractate şi prestate, pe baza facturii însoţite de declaraţia de servicii lunară privind activitatea realizată, în urma verificării şi validării acestora de către casa de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;*

 *e) monitorizează numărul serviciilor medicale furnizate; trimestrial se reevaluează volumul serviciilor, ţinându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporţional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;*

 *f) verifică scriptic şi faptic modul de îndeplinire a obligaţiilor contractuale asumate de furnizor în baza contractului;*

 *g) efectuează controlul serviciilor de dializă efectuate de furnizori.*

 *(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţii contractuale cu furnizorii pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional cu scop curativ, denumiţi furnizori, au obligaţiile prevăzute la alin. (1), precum şi următoarele obligaţii:*

 *a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;*

 *b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;*

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

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

 *e) să efectueze prin structurile de specialitate şi, după caz, cu participarea Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor/subprogramelor de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările şi completările ulterioare;*

 *f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;*

 *g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de acestea, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;*

 *h) să ducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere.*

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^3 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#M2**

 ART. 8^4\*)

 *(1) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:*

 *a) dacă farmacia nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului pentru furnizarea de medicamente/materiale sanitare în cadrul unor programe/subprograme naţionale de sănătate cu scop curativ;*

 *b) dacă din motive imputabile farmaciei aceasta îşi întrerupe activitatea pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;*

 *c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare;*

 *d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;*

 *e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;*

 *f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 8^2 alin. (2); pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 8^2 alin. (2) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 8^2 alin. (2), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;*

 *g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoţite de borderouri şi prescripţii medicale privind eliberarea de medicamente şi conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;*

 *h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 8^1 alin. (2) lit. a) - c), e) - h), j) - w) şi y) - aa); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8^1 alin. (2) lit. b), nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;*

 *i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;*

 *j) eliberarea de medicamente în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate cu scop curativ de către farmaciile excluse din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.*

 *(2) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate 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, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:*

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

 *b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.*

 *c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;*

 *d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;*

 *e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate 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;*

 *f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 8^1 alin. (3) lit. a), c), j), n), s) şi ş), precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;*

 *g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 8^1 alin. (3) lit. b), e) - h), k) - m) şi r);*

 *h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 8^1 alin. (3) lit. y), 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) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului naţional de sănătate;*

 *j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;*

 *k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art. 8^1 alin. (3) lit. x);*

 *l) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 8^1 alin. (3) lit. o), ţ) - u), w), aa) - ab) şi ae);*

 *m) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 8^2 alin. (5), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 8^2 alin. (6); 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, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 8^2 alin. (5) de câte 3 ori pe an 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 de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 8^2 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul.*

 *(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, după caz, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:*

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

 *b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar sau expirarea dovezii de evaluare;*

 *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/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;*

 *d) în cazul în care se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;*

 *e) refuzul furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului naţional de sănătate;*

 *f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate la art. 8^1 alin. (4) lit. n);*

 *g) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 8^1 alin. (4) lit. a), b), g), k), o) şi t).*

 *(4) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naţionale de sănătate se reziliază de plin drept ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, încheiate între aceleaşi părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.*

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^4 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#M2**

 ART. 8^5\*)

 *(1) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:*

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

 *b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului, după caz;*

 *c) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate.*

 *(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice încetează în următoarele situaţii:*

 *a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;*

 *b) acordul de voinţă al părţilor;*

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

 *(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naţionale de sănătate încetează în condiţiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, încheiate între aceleaşi părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.*

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^5 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#M2**

 ART. 8^6\*)

 *(1) Contractul pentru finanţarea de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului naţional cu scop curativ, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unităţile sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situaţii:*

 *a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate cu scop curativ; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;*

 *b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secţiei/secţiilor care derulează programe/subprograme de sănătate cu scop curativ, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar;*

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

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

 *e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate cu scop curativ; suspendarea contractului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate cu scop curativ operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti;*

 *(2) În cazul reorganizării unităţilor sanitare cu paturi, prin desfiinţarea lor şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanţarea de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului naţional cu scop curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.*

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^6 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#M2**

 ART. 8^7\*)

 *Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare (farmacii cu circuit deschis) se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:*

 *a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate cu scop curativ; suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare în cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate;*

 *b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8^1 alin. (2) lit. z), în condiţiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei şi dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;*

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

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

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^7 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#M2**

 ART. 8^8\*)

 *Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:*

 *a) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate cu scop curativ; suspendarea operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate cu scop curativ;*

 *b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 8^1 alin. (3) lit. af), în condiţiile în care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum şi a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;*

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

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

**#CIN**

***\*)*** *Art. 8^8 a fost introdus prin art. I pct. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****). A se vedea şi art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****), articol reprodus în nota de la sfârşitul textului actualizat.*

**#B**

 ART. 9

 (1) Modelele de contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

 (2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părţile contractante, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare.

 (3) Toate documentele prezentate în copie care stau la baza încheierii contractelor pentru derularea programelor naţionale de sănătate sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al unităţii de specialitate, pe fiecare pagină.

 (4) Direcţiile de sănătate publică decontează unităţilor de specialitate cu care sunt în relaţie contractuală pentru derularea programelor naţionale de sănătate contravaloarea bunurilor şi serviciilor acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate, precum şi a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfăşoară activităţi în cadrul acestora, care fac obiectul contractului încheiat, pe bază de documente justificative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

 (5) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale cu care sunt în relaţie contractuală pentru derularea programelor naţionale de sănătate contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altora asemenea, conform contractului încheiat, pe bază de documente justificative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

 (6) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru exactitatea şi realitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai unităţilor de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate.

 (7) Decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în limita sumelor disponibile cu această destinaţie, în ordine cronologică, după cum urmează:

 a) în termen de maximum 90 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru bunurile şi serviciile contractate de către direcţiile de sănătate publică;

 b) în termen de maximum 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor depuse în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, validare care se realizează în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor justificative;

 c) în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de către direcţiile de sănătate publică pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfăşoară activităţi în cadrul programelor naţionale de sănătate.

 (8) Unităţile sanitare cu paturi din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale, precum şi unităţile sanitare din subordinea ministerelor cu reţea sanitară proprie pot derula programe naţionale de sănătate în condiţiile legii.

 (9) Farmaciile cu circuit deschis care pot elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea, care se acordă pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor incluşi în programele naţionale de sănătate, sunt selectate în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat conform legii.

 ART. 10

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

 (2) Unităţile şi instituţiile sanitare publice care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

 (3) Furnizorii privaţi de servicii medicale care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

 ART. 11

 (1) Pentru realizarea obiectivelor şi activităţilor cuprinse în unele programe naţionale de sănătate finanţate de la bugetul de stat şi din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, precum şi din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, Ministerul Sănătăţii şi/sau Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz, organizează la nivel naţional proceduri de achiziţie publică, în condiţiile legii. Programele naţionale de sănătate pentru care se organizează la nivel naţional proceduri de achiziţie publică sunt prevăzute în normele tehnice.

 (2) Modalitatea de contractare şi decontare a produselor achiziţionate la nivel naţional se aprobă prin normele tehnice. Până la finalizarea procedurii de achiziţie publică la nivel naţional prin semnarea contractelor cu ofertanţii desemnaţi câştigători, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea, care se acordă pe perioada spitalizării bolnavilor incluşi în programele naţionale de sănătate, se achiziţionează de unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, la un preţ care nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

 (3) Pentru realizarea obiectivelor şi activităţilor cuprinse în programele naţionale de sănătate finanţate de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, precum şi din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, pentru care nu se organizează proceduri de achiziţie publică la nivel naţional, achiziţionarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altora asemenea se face de instituţiile/unităţile sanitare care derulează programele respective, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiilor publice, la un preţ care nu poate depăşi preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, în condiţiile legii.

 (4) 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, se suportă la nivelul preţului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, în condiţiile legii. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internaţională (DCI), cu excepţia cazurilor justificate medical în fişa medicală a pacientului, când prescrierea se face pe denumire comercială, cu menţionarea în prescripţie şi a denumirii comune internaţionale.

**#M2**

 *(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea la nivelul preţului de decontare prevăzut la alin. (4), fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi.*

 *(5^1) În cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât preţul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul medicamentului prescris şi preţul de decontare al acestuia. În acest sens farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei.*

**#B**

 (6) Pentru medicamentele utilizate în cadrul programelor naţionale de sănătate care se importă cu avizul Ministerului Sănătăţii, preţul de decontare se stabileşte în condiţiile legii.

 (7) Medicamentele care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum şi celor care au efectuat transplant şi pacienţilor cu unele boli rare aprobate prin normele tehnice se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

 (8) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienţii cu transplant hepatic se asigură prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează programul.

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

 a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală;

 b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare parenterală, începând cu data la care se finalizează procedurile de achiziţie publică. Până la data finalizări procedurii, eliberarea se face în aceleaşi condiţii ca medicamentele nominalizate la lit. a). În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programului, prescripţiile se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator şi cu documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

**#M2**

 *(10) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA, tuberculoză, unele boli rare, boli endocrine, cuprinşi în unele programe naţionale de sănătate, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripţie medicală/condică medicală. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripţii/file de condică se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator şi rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.*

**#B**

 (11) Pentru realizarea obiectivelor şi activităţilor cuprinse în programele naţionale de sănătate finanţate de la bugetul de stat şi/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii pentru care se organizează achiziţii publice la nivel naţional, unităţile sanitare din reţeaua Ministerului Sănătăţii, unităţile sanitare din reţeaua administraţiei publice locale, precum şi unităţile sanitare din subordinea ministerelor cu reţea sanitară proprie pot beneficia de produsele achiziţionate la nivel naţional în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică, transferate în condiţiile actelor normative în vigoare, pe bază de procese-verbale de predare-primire.

**#M2**

 ART. 11^1

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

 *(2) Modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare a medicamentelor/materialelor sanitare ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate, utilizând prescrierea electronică, se stabilesc prin Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011 şi 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Prescrierea electronică a medicamentelor/materialelor sanitare ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate se face on-line şi numai în situaţii justificate prescrierea se face off-line. Prescrierea electronică off-line se face de la data prevăzută în norme.*

 *(3) Începând cu data de 1 iulie 2012 toţi furnizorii de servicii medicale şi medicamente/materiale sanitare specifice, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligaţi să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate, în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data prevăzută în normele metodologice menţionate la alin. (1), în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor/materialelor sanitare specifice se poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special - off-line.*

 *(4) Un medic nu poate prescrie unui asigurat în tratamentul ambulatoriu medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate, utilizând în acelaşi timp prescripţia medicală electronică şi prescripţia medicală cu regim special.*

 *(5) Asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în normele metodologice menţionate la alin. (1).*

 *(6) Furnizorii de servicii medicale, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de asigurări de sănătate, au obligaţia să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior, aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract, prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea.*

 *(7) În situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia prevăzută la alin. (6), furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de asigurări de sănătate au obligaţia să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate, la data prevăzută în contract, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu data de 1 iulie 2012.*

 *(8) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la alin. (6), se aplică următoarele sancţiuni:*

 *a) avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;*

 *b) diminuarea cu 10% a valorii de contract aferente lunii respective exprimate în lei pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru.*

 *(9) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la alin. (7), se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.*

 *(10) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (8) şi (9) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (8) lit. b) şi alin. (9) depăşeşte prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.*

 *(11) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (8) şi (9) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de asigurări de sănătate în tratamentul ambulatoriu.*

 *(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (8) şi (9), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate şi pe fiecare medic prescriptor.*

**#B**

 ART. 12

 (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

**#M2**

 *(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi se asigură în baza contractelor de furnizare de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente.*

**#B**

 (3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat la preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, în condiţiile legii.

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

**#M1**

 *ART. 13 \*\*\* Abrogat*

**#B**

 ART. 14

 (1) Valabilitatea contractelor de comodat încheiate între direcţiile de sănătate publică şi cabinetele de medicină de familie, prin care au fost atribuite în folosinţă gratuită tehnica de calcul şi programele informatice necesare derulării Programului naţional privind evaluarea stării de sănătate a populaţiei în asistenţa medicală primară, se prelungeşte până la data de 31 decembrie 2012, prin acte adiţionale încheiate în termenul de valabilitate a contractelor.

 (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.

 ART. 15

 (1) Pentru realizarea atribuţiilor şi activităţilor prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate pot încheia contracte/convenţii civile cu medici, asistenţi medicali şi alte categorii de personal, după caz, precum şi cu persoane juridice, potrivit dispoziţiilor Codului civil\*) şi în condiţiile stabilite prin normele tehnice.

 (2) Activităţile pentru care se utilizează personalul prevăzut la alin. (1) se nominalizează în normele tehnice.

 (3) Contractele/Convenţiile civile încheiate în condiţiile alin. (1) de către unităţile de specialitate stabilite la alin. (1) prevăd acţiuni multianuale, sunt de natură civilă şi se încheie pentru toată perioada de derulare a programelor naţionale de sănătate.

 (4) Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la alin. (1) sunt cuprinse în fondurile alocate programelor naţionale de sănătate.

**#CIN**

***\*)*** *Vechiul Cod civil a fost abrogat parţial. A se vedea Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată.*

**#B**

 ART. 16

 În sumele prevăzute pentru derularea programelor naţionale de sănătate se cuprind şi cheltuielile ocazionate de monitorizarea şi controlul acestora.

 ART. 17

 (1) Ministerul Sănătăţii poate încheia contracte cu unităţile din coordonarea sau aflate sub autoritatea sa, în condiţiile prevăzute de legislaţia din domeniul achiziţiilor publice.

 (2) Contractele prevăzute la alin. (1), încheiate între Ministerul Sănătăţii şi unităţile din coordonarea sau aflate sub autoritatea sa, precum şi contractele încheiate pentru produsele şi serviciile necesare realizării obiectivelor şi activităţilor cuprinse în unele programe naţionale de sănătate pentru care Ministerul Sănătăţii organizează licitaţii la nivel naţional sunt atribuite de compartimentul intern specializat în domeniul achiziţiilor publice. Monitorizarea şi derularea contractelor se realizează de către structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate multianuale pentru anii 2011 şi 2012.

 ART. 18

 (1) Realizarea imunizării copiilor din grupele eligibile pentru vaccinare, stabilite conform calendarului naţional de imunizare, precum şi realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătăţii sau direcţiile de sănătate publică, ca măsuri de sănătate publică sau în situaţii epidemiologice cu risc crescut de îmbolnăvire, sunt obligatorii pentru toţi medicii de familie şi medicii care deservesc unităţile sanitare şi unităţile de învăţământ, în condiţiile legii.

**#M2**

 *(2) Pentru realizarea activităţilor prevăzute la alin. (1), precum şi a celor din cadrul Programului naţional de sănătate a femeii şi copilului finanţate de la bugetul de stat şi/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, pentru care se organizează achiziţii publice la nivel naţional, furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, alte instituţii publice şi organizaţii guvernamentale şi neguvernamentale, precum şi autorităţile administraţiei publice locale pot primi produsele achiziţionate în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică.*

**#B**

 ART. 19

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

 ART. 20

 Sumele alocate în anii 2011 şi 2012 din bugetul de stat şi veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii prin transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează după cum urmează:

 a) pentru realizarea obiectivelor şi activităţilor desfăşurate în anii 2011 şi 2012 în cadrul unor programe naţionale de sănătate, aprobate în condiţiile legii;

 b) pentru stingerea obligaţiilor de plată înregistrate până la data de 31 decembrie a anului precedent şi rămase neachitate până la data de 31 decembrie a anului următor.

**#M2**

 *c) \*\*\* Abrogată*

**#B**

 ART. 21

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

 ART. 22

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

 ART. 23

 Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia să respecte prevederile legale referitoare la protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date.

 ART. 24

 Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2011.

**#CIN**

***NOTĂ:***

 *Reproducem mai jos prevederile art. III din Hotărârea Guvernului nr. 651/2012 (****#M2****).*

**#M2**

 *"ART. III*

 *(1) Prevederile art. I pct. 3 se aplică contractelor ce vor fi încheiate de către furnizori cu casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate, după data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.*

 *(2) Contractele pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate încheiate de către furnizori cu casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, se pot modifica în mod corespunzător cu obligaţiile şi sancţiunile prevăzute la art. I pct. 3, prin încheierea de acte adiţionale, cu acordul părţilor."*

**#B**

 ANEXA 1

 STRUCTURA

programelor naţionale de sănătate şi obiectivele acestora pentru anii 2011 şi 2012

 A. PROGRAME NAŢIONALE DE SĂNĂTATE DE EVALUARE, PROFILACTICE ŞI CU SCOP CURATIV FINANŢATE DIN BUGETUL MINISTERULUI SĂNĂTĂŢII

 STRUCTURĂ:

 I. Programele naţionale privind bolile transmisibile

 1. Programul naţional de imunizare

 Obiectiv:

 Protejarea sănătăţii populaţiei împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare

 2. Programul naţional de supraveghere şi control al bolilor transmisibile (boli transmisibile prioritare, infecţie HIV, tuberculoză, infecţii cu transmitere sexuală)

 Obiectiv:

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

 Structură:

 2.1. Subprogramul de supraveghere şi control al bolilor transmisibile prioritare;

 2.2. Subprogramul de supraveghere şi control al infecţiei HIV;

 2.3. Subprogramul de supraveghere şi control al tuberculozei;

 2.4. Subprogramul de supraveghere şi control al bolilor cu transmitere sexuală.

 3. Programul naţional de supraveghere şi control al infecţiilor nosocomiale şi monitorizare a utilizării antibioticelor şi a antibioticorezistenţei

 Obiectiv:

 Creşterea calităţii serviciilor medicale în unităţile sanitare cu paturi prin reducerea riscului la infecţie nosocomială

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

 Obiectiv:

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

 Structură:

 1. Subprogramul privind protejarea sănătăţii publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanţi din mediul de viaţă şi muncă;

 2. Subprogramul privind protejarea sănătăţii publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc alimentari şi de nutriţie.

 III. Programul naţional de hematologie şi securitate transfuzională

 Obiectiv:

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

 IV. Programele naţionale privind bolile netransmisibile

 1. Programul naţional de boli cardiovasculare

 Obiective:

 a) tratamentul pacienţilor cu afecţiuni cardiovasculare prin:

 - proceduri de cardiologie intervenţională;

 - proceduri de chirurgie cardiovasculară;

 - proceduri de chirurgie vasculară;

 - intervenţie coronariană percutană în infarctul miocardic acut;

 b) realizarea, implementarea şi managementul Registrului naţional de boli cardiovasculare.

 Structură:

 1.1. Subprogramul de tratament al pacienţilor cu afecţiuni cardiovasculare;

 1.2. Subprogramul de tratament invaziv al infarctului miocardic acut.

 2. Programul naţional de oncologie

 Obiective:

 a) profilaxia cancerului de col uterin prin vaccinarea HPV a populaţiei feminine eligibile;

 b) diagnosticarea în stadii incipiente a cancerului de col uterin, cancerului mamar şi cancerului colorectal;

 c) tratamentul bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

 d) monitorizarea evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice;

 e) realizarea, implementarea şi managementul Registrului naţional de cancer.

 Structură:

 2.1. Subprogramul de profilaxie a cancerului de col uterin prin vaccinarea HPV\*);

 2.2. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin;

 2.3. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului mamar;

 2.4. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului colorectal;

 2.5. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

 2.6. Subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT.

**#M2**

*------------*

 *\*) Se derulează până la epuizarea stocurilor.*

**#B**

 3. Programul naţional de sănătate mintală

 Obiective:

 a) asigurarea accesibilităţii, continuităţii şi calităţii serviciilor pentru persoanele cu probleme severe de sănătate mintală;

 b) asigurarea accesibilităţii, continuităţii şi calităţii serviciilor pentru persoanele cu tulburări legate de consumul de substanţe psihoactive;

 c) prevenirea consumului de droguri şi asigurarea tratamentului specific la persoanele cu toxicodependenţă;

 d) realizarea, implementarea şi managementul Registrului naţional de psihiatrie.

 Structură:

 3.1. Subprogramul de profilaxie în patologia psihiatrică şi psihosocială;

 3.2. Subprogramul de prevenire şi tratament ale toxicodependenţelor.

 4. Programul naţional de diabet zaharat

 Obiective:

 a) prevenţia secundară a diabetului zaharat prin depistarea precoce a complicaţiilor acestuia [inclusiv prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];

 b) tratamentul medicamentos al pacienţilor cu diabet zaharat;

 c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi;

 d) realizarea, implementarea şi managementul Registrului naţional de diabet zaharat.

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

 Obiective:

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

 b) coordonarea activităţilor de transplant;

 c) asigurarea testării imunologice şi virusologice a potenţialilor donatori, precum şi a receptorilor;

 d) asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate în insuficienţă cronică ireversibilă şi/sau înlocuirea ţesuturilor nefuncţionale prin transplant de organe, ţesuturi şi/sau celule;

 e) evaluarea periodică a pacienţilor transplantaţi;

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

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

 h) tratamentul infertilităţii cuplului.

 Structură:

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

 5.2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice periferice şi centrale;

 5.3. Subprogramul de fertilizare in vitro şi embriotransfer.

 6. Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă

 Obiective:

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

 b) tratamentul surdităţii prin proteze auditive implantabile.

 Structură:

 6.1. Subprogramul de tratament chirurgical al unor afecţiuni complexe prin chirurgie minimum invazivă asistată robotic;

 6.2. Subprogramul de radiologie intervenţională;

 6.3. Subprogramul de utilizare a suturilor mecanice în chirurgia generală;

 6.4. Subprogram de utilizare a plaselor sintetice în chirurgia parietală abdominală deschisă şi laparoscopică;

 6.5. Subprogramul de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive);

**#M2**

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

**#B**

 7. Programul naţional de boli endocrine

 Obiective:

 Prevenirea şi depistarea precoce a afecţiunilor endocrine cu impact major asupra stării de sănătate a populaţiei, în scopul scăderii morbidităţii prin guşă datorată carenţei de iod şi complicaţiilor sale

 8. Programul naţional de diagnostic şi tratament pentru boli rare

 Obiective:

 a) diagnosticarea precoce şi prevenirea complicaţiilor la bolnavii cu unele boli rare;

 b) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru perioada 2011 - 2012;

 c) realizarea, implementarea şi managementul Registrului naţional de boli rare.

 9. Programul naţional de diagnostic şi tratament al sepsisului sever\*)

 Obiectiv:

 Asigurarea tratamentului pentru bolnavii cu sepsis sever

------------

 \*) Sumele alocate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru stingerea obligaţiilor de plată neachitate până la data de 31 decembrie 2010.

 10. Programul naţional de urgenţă prespitalicească

 Obiective:

 Creşterea accesului populaţiei la servicii medicale de urgenţă adecvate, indiferent de zona de reşedinţă

 11. Programul naţional de monitorizare activă a bolnavilor cu dizabilităţi de ambulaţie (copii şi adulţi)

 Obiectiv:

 Realizarea, implementarea şi managementul Registrului naţional al bolnavilor cu dizabilităţi de ambulaţie (copii şi adulţi)

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

 Obiectiv:

 Îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei prin promovarea unui stil de viaţă sănătos şi combaterea principalilor factori de risc

 Structură:

 1. Subprogramul de promovare a unui stil de viaţă sănătos;

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

 3. Subprogramul de supraveghere a stării de sănătate a populaţiei.

 VI. Programul naţional de sănătate a femeii şi copilului

 Obiective:

 a) creşterea accesului şi a calităţii serviciilor specifice de sănătate a reproducerii pentru prevenirea sarcinilor nedorite, morbidităţii şi mortalităţii materne;

 b) regionalizarea îngrijirilor perinatale pentru copiii cu greutate mică la naştere sau alte patologii grave în perioada perinatală;

 c) realizarea screeningului la naştere al unor afecţiuni cu un potenţial invalidant şi posibilităţi de prevenţie a handicapului;

 d) ameliorarea stării de nutriţie a gravidei şi a copilului;

 e) depistarea precoce şi prevenirea secundară a unor complicaţii la unele boli cronice ale copilului.

 Structură:

 1. Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriţie a gravidei şi copilului;

 2. Subprogramul de sănătate a copilului;

 3. Subprogramul de sănătate a femeii;

 4. Subprogramul de monitorizare şi evaluare a Programului naţional de sănătate a femeii şi copilului.

 VII. Programul naţional de tratament în străinătate

 Obiectiv:

 Asigurarea accesului la tratament în străinătate pentru bolnavii cu afecţiuni care nu pot fi tratate în ţară

 VIII. Programul pentru compensarea cu 90% a preţului de referinţă al medicamentelor

 Obiectiv:

 Asigurarea fondurilor necesare compensării în cuantum de 40% a medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună în cadrul Programului pentru compensarea cu 90% a preţului de referinţă al medicamentelor

 B. PROGRAME NAŢIONALE DE SĂNĂTATE DE EVALUARE, PROFILACTICE ŞI CU SCOP CURATIV, FINANŢATE DIN BUGETUL FONDULUI NAŢIONAL UNIC DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

 STRUCTURĂ:

 I. Programe naţionale de sănătate cu scop curativ

 1. Programul naţional de boli transmisibile

 Obiective:

 a) tratamentul persoanelor cu infecţie HIV/SIDA şi tratamentul postexpunere;

 b) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză.

 Structură:

 1.1. Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecţie HIV/SIDA şi tratamentul postexpunere;

 1.2. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză.

 2. Programul naţional de boli cardiovasculare\*)

 Obiectiv:

 Tratamentul pacienţilor cu afecţiuni cardiovasculare prin:

 a) proceduri de cardiologie intervenţională;

 b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

 c) proceduri de chirurgie vasculară;

 d) intervenţie coronariană percutană în infarctul miocardic acut.

 Structură:

 2.1. Subprogramul de tratament al pacienţilor cu afecţiuni cardiovasculare;

 2.2. Subprogramul de tratament invaziv al infarctului miocardic acut.

------------

 \*) Sumele alocate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru stingerea obligaţiilor de plată neachitate până la data de 31 decembrie 2010.

 3. Programul naţional de oncologie

 Obiective:

 a) tratamentul pacienţilor cu afecţiuni oncologice;

 b) monitorizarea evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice.

 Structură:

 3.1. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

 3.2. Subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT.

 4. Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive)

 Obiectiv:

 Tratamentul surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive)

 5. Programul naţional de diabet zaharat

 Obiective:

 a) prevenţia secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];

 b) tratamentul medicamentos al pacienţilor cu diabet zaharat;

 c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi.

**#M2**

 *6. Programul naţional de diagnostic şi tratament pentru boli rare*

 *Obiectiv:*

 *Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice*

**#B**

 7. Programul naţional de diagnostic şi tratament al sepsisului sever\*)

 Obiectiv:

 Asigurarea tratamentului pentru bolnavii cu sepsis sever.

------------

 \*) Sumele alocate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru stingerea obligaţiilor de plată neachitate până la data de 31 decembrie 2010.

 8. Programul naţional de boli endocrine

 Obiectiv:

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

 9. Programul naţional de ortopedie

 Obiectiv:

 Asigurarea tratamentului:

 a) bolnavilor cu afecţiuni articulare prin endoprotezare;

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

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

**#M2**

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

**#B**

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

 Obiective:

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

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

 11. Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică

 Obiectiv:

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

 12. Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice

 Obiectiv:

 Tratamentul pacienţilor cu insuficienţă hepatică prin epurare extrahepatică

 II. Programele naţionale de sănătate profilactice

 Programul naţional de depistare precoce activă a afecţiunilor oncologice

 Obiectiv:

 Diagnosticarea în stadii incipiente a afecţiunilor oncologice

 Structură:

 1.1. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin;

 1.2. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului mamar;

 1.3. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului colorectal.

 ---------------