



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 184 (XXVIII) — Nr. 748

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 26 septembrie 2016

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
708.	— Ordin al ministrului transporturilor privind măsuri pentru aplicarea Regulamentului (UE) nr. 1.321/2014 al Comisiei din 26 noiembrie 2014 privind menținerea navigabilității aeronavelor și a produselor, reperelor și dispozitivelor aeronautice și autorizarea întreprinderilor și a personalului cu atribuții în domeniu	2
	ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	
736.	— Ordin privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015	3–15
	★	
	Rectificări	16

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL TRANSPORTURILOR

ORDIN

privind măsuri pentru aplicarea Regulamentului (UE) nr. 1.321/2014 al Comisiei din 26 noiembrie 2014 privind menținerea navigabilității aeronavelor și a produselor, reperelor și dispozitivelor aeronautice și autorizarea întreprinderilor și a personalului cu atribuții în domeniu

Având în vedere prevederile Regulamentului (UE) nr. 1.321/2014 al Comisiei din 26 noiembrie 2014 privind menținerea navigabilității aeronavelor și a produselor, reperelor și dispozitivelor aeronautice și autorizarea întreprinderilor și a personalului cu atribuții în domeniu, cu modificările și completările ulterioare,

luând în considerare prevederile Ordinului ministrului transporturilor, construcțiilor și turismului nr. 1.185/2006 privind desemnarea Regiei Autonome „Autoritatea Aeronautică Civilă Română” ca autoritate națională de supervizare, organism tehnic specializat pentru îndeplinirea funcției de supervizare a siguranței zborului în aviația civilă, la nivel național,

în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (2) din Regulamentul de organizare și funcționare a Autorității Aeronautice Civile Române, anexă la Hotărârea Guvernului nr. 405/1993 privind înființarea Autorității Aeronautice Civile Române, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul prevederilor art. 4 lit. b), e) și f) și ale art. 5 din Ordonanța Guvernului nr. 29/1997 privind Codul aerian civil, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale art. 5 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 21/2015 privind organizarea și funcționarea Ministerului Transporturilor, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul transporturilor emite următorul ordin:

Art. 1. — Autoritatea Aeronautică Civilă Română exercită calitatea de autoritate competentă în sensul Regulamentului (UE) nr. 1.321/2014 al Comisiei din 26 noiembrie 2014 privind menținerea navigabilității aeronavelor și a produselor, reperelor și dispozitivelor aeronautice și autorizarea întreprinderilor și a personalului cu atribuții în domeniu, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2. — (1) În calitate de autoritate competentă potrivit art. 1, Autoritatea Aeronautică Civilă Română poate decide aplicarea, pentru conformare cu cerințele Regulamentului (CE) nr. 216/2008 al Parlamentului European și al Consiliului din 20 februarie 2008 privind normele comune în domeniul aviației civile și instituirea unei Agenții Europene de Siguranță a Aviației și de abrogare a Directivei 91/670/CEE a Consiliului, a Regulamentului (CE) nr. 1.592/2002 și a Directivei 2004/36/CE și cu normele sale de aplicare, a mijloacelor acceptabile de

conformare adoptate de Agenția Europeană de Siguranță a Aviației.

(2) Aplicarea mijloacelor acceptabile de conformare prevăzute la alin. (1) sau a unor mijloace de conformare alternative se aprobă prin decizie a directorului general al Autorității Aeronautice Civile Române.

Art. 3. — Autoritatea Aeronautică Civilă Română elaborează proceduri și instrucțiuni de aviație civilă pentru asigurarea aplicării la nivel național a Regulamentului (UE) nr. 1.321/2014 al Comisiei din 26 noiembrie 2014 privind menținerea navigabilității aeronavelor și a produselor, reperelor și dispozitivelor aeronautice și autorizarea întreprinderilor și a personalului cu atribuții în domeniu, cu modificările și completările ulterioare.

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

p. Ministrul transporturilor,
Liviu Ionuț Moșteanu,
secretar de stat

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015

Văzând Referatul de aprobare nr. DG 1.624 din 15 septembrie 2016 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 51 alin. (1) lit. b) și alin. (5) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, cu modificările și completările ulterioare,

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

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. I. — Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 219 și 219 bis din 1 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La capitolul I articolul 3, alineatul (2¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2¹) Includerea unităților de specialitate în programele naționale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.”

2. La capitolul I articolul 3 alineatul (3), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale. Stabilirea anuală la nivel județean a capacității de furnizare a serviciilor medicale de către furnizorii publici, precum și a serviciilor medicale care excedează capacității de furnizare a acestora se realizează de către o comisie mixtă, formată din reprezentanți ai direcției de sănătate publică și reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate;”

3. La capitolul I articolul 4 alineatul (2), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigațiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), precum și a serviciilor de radioterapie.”

4. La capitolul I articolul 5, după alineatul (2) se introduc patru noi alineate, alineatele (3)—(6), cu următorul cuprins:

„(3) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative, pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim ambulatoriu/în spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitalicești furnizate în regim de spitalizare continuă într-o altă unitate

sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare continuă nu poate acorda serviciile.

(4) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, asigurate bolnavilor în cadrul programului național de oncologie, pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale furnizate în regim de spitalizare de zi în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare de zi nu poate acorda serviciile.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (3) și (4), serviciile asigurate sunt validate și decontate din bugetul programelor naționale de sănătate curative.

(6) Pentru situațiile prevăzute la alin. (3) și (4), dacă pacientul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ.”

5. La capitolul I, articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 7. — (1) Pentru programele naționale de sănătate curative, decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), investigațiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, precum și a serviciilor de radioterapie unităților de specialitate aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate se realizează lunar, din fondurile aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea serviciilor de suplere renală pentru furnizorii de dializă aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate se realizează lunar de casele de asigurări de sănătate, din fondurile aprobate cu această destinație.”

6. La capitolul I articolul 8, alineatul (2) se abrogă.

7. La capitolul I articolul 15, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii prin care se derulează Programul național de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)], respectiv Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la

pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT și Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 3.”

8. La capitolul III articolul 26, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciile de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), dozarea hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, serviciile de dializă, respectiv serviciile de radioterapie, unitățile de specialitate depun la casele de asigurări de sănătate factura/facturile, indicatorii specifici realizați în luna anterioară, documentele justificative cu privire la serviciile efectuate, care cuprind datele de identificare și diagnosticul bolnavului, biletul de trimitere/decizia de aprobare, referatul de solicitare a serviciilor de diagnostic și monitorizare al leucemiilor acute, respectiv a serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom)*), declarația de servicii lunare (centralizator și desfășurător), după caz.”

9. La capitolul III, asteriscul corespunzător articolului 26 alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„*) Modelul referatului de solicitare a serviciilor de diagnostic al leucemiilor acute, respectiv a serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) este prevăzut în anexele nr. 9 și 91.”

10. La capitolul III articolul 27, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, serviciile de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), dozarea hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, furnizorii vor depune până la termenul prevăzut în contractul încheiat pentru derularea programului/subprogramului național curativ facturile și documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă. Casele de asigurări de sănătate vor analiza și vor valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situațiile prezentate de unitățile de specialitate și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate și acordării vizei de «bun de plată».”

11. La capitolul IV articolul 30, alineatele (14), (15) și (19) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(14) Medicamentele specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, unele boli rare, boli endocrine și pentru tratamentul substitutiv cu metadonă cuprinși în programele naționale de sănătate curative se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală electronică on-line sau off-line sau prescripție medicală cu regim special utilizată pentru preparate stupefiante și psihotrope, după caz.

(15) Medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, pentru tratamentul stării posttransplant al pacienților transplantați, pentru tratamentul pacienților cu unele boli rare (mucoviscidoză, scleroză laterală amiotrofică și sindromul Prader Willi) se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis.

(19) Prescrierea testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați se face împreună cu prescrierea tratamentului cu insulină, pe același formular de prescripție medicală, pe o perioadă de maximum 3 luni. Numărul de teste

de automonitorizare este de până la 350 teste/3 luni pentru un copil cu diabet zaharat insulinodependent și până la 100 teste pentru 3 luni pentru un adult cu diabet zaharat insulinotratat. Farmaciile sunt obligate să asigure în termen de maximum 48 de ore testele prescrise pacientului, dacă acestea nu există în farmacie la momentul solicitării. Decizia privind prescrierea unui număr mai mic de teste sau de a întrerupe acordarea testelor aparține medicului prescriptor.”

12. La capitolul IV articolul 30 alineatul (17), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară, după caz, corespunzătoare următoarelor DCI-uri: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum și Fulvestrantum și medicamentele de tip imunomodulator, care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A și Interferonum alfa, 2B, precum și Bortezomibum, Trastuzumabum (concentrația de 600 mg/5 ml) și Azacitidinum;”.

13. La capitolul IV articolul 31, literele c) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) Achiziția și eliberarea pompelor de insulină se realizează prin centrele metodologice regionale. Medicul diabetolog sau cu competență/atestat care are în evidență bolnavul întocmește dosarul medical al acestuia cuprinzând documentele care justifică îndeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulină și referatul de justificare a pompei, prevăzut în anexa nr. 10 pe care îl transmite casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală. Casa de asigurări de sănătate va transmite dosarul medicului coordonator al centrului metodologic regional căruia îi este arondat județul unde este luat în evidență bolnavul de către medicul curant, de către casa de asigurări de sănătate a județului arondat. Medicul coordonator al centrului metodologic regional verifică respectarea criteriilor de eligibilitate. Lunar, medicul coordonator al centrului metodologic regional transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate lista bolnavilor care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulină. Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu coordonatorul național al Programului național de diabet zaharat analizează numărul bolnavilor cuprinși în listele transmise de medicii coordonatori ai centrelor metodologice regionale, în vederea încadrării în bugetul aprobat cu această destinație și transmite coordonatorilor centrelor metodologice regionale listele avizate. Medicul coordonator al centrului metodologic regional, în funcție de bugetul alocat, aprobă referatul întocmit de medicul curant, emite decizia în baza căreia se realizează eliberarea pompei de insulină, prevăzută în anexa nr. 11, și va transmite o copie a deciziei casei de asigurări de sănătate a județului arondat. Instruirea pacientului care își administrează insulina privind tehnica de administrare a insulinei și modalitatea de utilizare a seringii sau penului (unghiul sub care se introduce acul, rotația locurilor de injectare, adâncimea injecției etc.) se fac de către medicul diabetolog sau cu competență/atestat.

Informarea și instruirea pacienților se vor face particularizat pentru fiecare tip de pen utilizat, în funcție de insulina umană specifică prescrisă.

j) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de până la 30, respectiv 31 de zile, după caz, cu excepția medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecțiuni oncologice, cu scleroză multiplă, osteoporoză, hipertensiune

arterială pulmonară, epidermoliză buloasă, scleroză tuberoasă, hiperfenilalaninemie la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină, scleroză sistemică și ulcere digitale evolutive, mucoviscidoză și pentru stări posttransplant, respectiv a materialelor consumabile pentru pompele de insulină și a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă cuprinși în programele naționale de sănătate curative, pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz. Pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice și bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii și prognosticul bolii. În cadrul Programului național de tratament al hemofiliei și talasemiei pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu hemofilie, respectiv prevenția (substituție profilactică) și tratamentul accidentelor hemoragice (substituție «on demande») prescrierea și eliberarea medicamentelor pot fi de până la 90/91/92 de zile, după caz, cu obligativitatea din partea bolnavului ca la fiecare prescriere să prezinte medicului prescriptor ambalajele medicamentelor utilizate și să respecte condițiile de depozitare prevăzute pe ambalaj. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum este de până la 30—31 de zile.”

14. La capitolul V, articolul 32 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 32. — Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (3), care sunt și în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz. Medicamentele în tratamentul ambulatoriu, eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii în baza actelor adiționale încheiate în acest sens.”

15. La capitolul V articolul 35 alineatul (1), litera i) se abrogă.

16. La capitolul V articolul 35 alineatul (2), litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

17. După capitolul VI se introduce un nou capitol, capitolul VI¹, cu următorul cuprins:

„CAPITOLUL VI¹

Metodologia de selecție a unităților de specialitate pentru includerea în programele naționale de sănătate curative

Art. 40. — Pentru includerea în programele naționale de sănătate curative selecția unităților de specialitate se va realiza astfel:

a) Unitățile sanitare care solicită includerea în programele naționale de sănătate curative depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă își desfășoară activitatea cererea de includere în program, însoțită de chestionarul de evaluare completat aferent programului/subprogramului/activității pentru care se face solicitarea. Chestionarele de evaluare cuprind criteriile de includere în program/subprogram/activitate și modelele acestora sunt prevăzute în anexa nr. 13 la prezentele norme tehnice.

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

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

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

e) Unitățile sanitare avizate depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă își desfășoară activitatea fundamentarea solicitării de finanțare. În urma analizei acesteia, casa de asigurări de sănătate va stabili necesarul de fonduri în concordanță cu structura organizatorică și dotarea unității sanitare și îl va transmite către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

f) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va include unitățile sanitare avizate în lista unităților care derulează programul/subprogramul, cu încadrarea în bugetul aprobat, precum și cu respectarea prevederilor art. 3 alin. (3) lit. c), după depunerea la Casa Națională de Asigurări de Sănătate a solicitărilor de finanțare de către casele de asigurări.

g) Pentru unitățile sanitare aflate deja în relație contractuală pentru derularea programului/subprogramului național de sănătate termenul de evaluare va fi până la încetarea valabilității Hotărârii Guvernului nr. 206/2015, cu modificările și completările ulterioare.

h) Pentru unitățile sanitare care nu se află în relație contractuală pentru derularea programului/subprogramului evaluarea va începe după publicarea în Monitorul Oficial al României a prezentelor norme tehnice.

i) Avizarea unităților sanitare în baza criteriilor cuprinse în chestionarele de evaluare se menține pe durata valabilității actelor normative în vigoare, cu excepția situațiilor în care apar modificări în ceea ce privește îndeplinirea criteriilor din chestionarele de evaluare.

j) Criteriile privind clasificarea:

— secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare;

— a unităților de supraveghere și tratament avansat al pacienților cardiaci critici, denumite în continuare *USTACC*, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1.500/2008*) privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, precum și dotarea cu hotă cu flux laminar se vor aplica începând cu

*) Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.500/2008 nu a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

anul 2017, la următoarea perioadă de contractare, atât unităților sanitare aflate în relație contractuală cu CAS pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, cât și unităților sanitare noi care au îndeplinit criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare.

k) În anexele la anexa nr. 13, prevederile cap. 2 pct. II și cap. 3 se aplică unităților sanitare publice, potrivit dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu

modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății nr. 1.224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal.

Pentru unitățile sanitare private numărul de personal și modul de organizare și asigurare a continuității asistenței medicale sunt reglementate prin normele proprii de organizare și funcționare ale unității.”

18. La capitolul VII, tabelul cuprinzând „Creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pentru anul 2016” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pentru anul 2016

— mii lei —

Denumire program de sănătate	Credite de angajament an 2016	Credite bugetare an 2016
Programul național de oncologie, din care:	1.820.956,00	1.729.827,00
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adultți și copii)	1.652.040,35	1.562.363,00
Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT (adultți și copii)	15.284,00	14.928,00
Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare	1.234,00	1.202,00
Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiei acute (adultți și copii)	2.227,65	1.334,00
Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adultți și copii)	150.000,00	150.000,00
Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adultți	170	0
Programul național de diabet zaharat	965.445,34	883.189,00
Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	71.874,00	66.633,00
Programul național de tratament pentru boli rare	127.536,23	128.919,00
Programul național de tratament al bolilor neurologice	126.279,20	110.350,00
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	93.408,75	75.302,00
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)	24.664,00	24.664,00
Programul național de boli endocrine	8.124,00	8.557,00
Programul național de ortopedie	87.933,86	75.091,00
Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice	762,00	762,00
Programul național de boli cardiovasculare	137.962,50	111.746,00
Programul național de sănătate mintală	1.817,20	1.810,00
Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță, din care:	36.751,92	33.364,00
Subprogramul de radiologie intervențională	22.397,39	20.360,00
Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos	11.832,00	11.832,00
Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil	387,32	218,00
Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular	2.135,21	954,00
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	929.756,00	888.238,00
Total	4.433.181,00	4.138.452,00”

19. La capitolul VIII titlul „Programul național de oncologie”, subtitlul „Obiective” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Obiective:

- a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- b) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice;
- c) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- d) diagnosticul și monitorizarea leucemiilor acute la copii și adulți.”
- e) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
- f) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii și adulți.”

20. La capitolul VIII titlul „Programul național de oncologie”, subtitlul „Structură” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT;
3. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
4. Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți;
5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
6. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.”

21. La capitolul VIII titlul „Programul național de oncologie”, denumirea subtitlului „Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice” se modifică și devine „Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice”.

22. La capitolul VIII titlul „Programul național de oncologie”, subtitlul „Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți

Activități:

— asigurarea serviciilor pentru diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiei acute și pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute.

Criterii de includere:

- a) diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiei acute:
 - bolnavi cu diagnostic prezumtiv de leucemie acută dovedit obligatoriu printr-un examen citomorfologic efectuat anterior trimerii spre investigare complexă prin imunofenotipare, citogenetică și biologie moleculară;
- b) monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute:
 - bolnavi cu diagnostic de leucemie acută în tratament medicamentos.

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici:
 - număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute: 715;
 - număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 310;
 - număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH: 308;
 - număr de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 307;
 - număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin imunofenotipare: 176;
 - număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen citogenetic și/sau FISH: 88;
 - număr de bolnavi cu diagnostic de leucemie acută beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculară: 88.

NOTĂ:

Bolnavul care a beneficiat de servicii pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute poate efectua 1, 2 sau 3 dintre examenele pentru diagnostic de certitudine;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul inițial al leucemiei acute (medulogramă și/sau examen citologic al frotiului sanguin, colorații citochimice): 201 lei;
- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 1.309 lei;
- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic și/sau FISH: 834,5 lei;
- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculară: 600 lei;
- cost mediu/bolnav cu diagnostic de leucemie acută beneficiar de serviciu pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin imunofenotipare: 1.309 lei;
- cost mediu/bolnav cu diagnostic de leucemie acută beneficiar de serviciu pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin examen citogenetic și/sau FISH: 834,5 lei;
- cost mediu/bolnav cu diagnostic de leucemie acută beneficiar de servicii pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculară: 600 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

— servicii pentru diagnosticul inițial și de certitudine al leucemiilor acute și pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Institutul Clinic Fundeni;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic Colțea București;
- d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii «Louis Țurcanu» Timișoara;
- e) Institutul Oncologic «Prof. Dr. I. Chiricuță» Cluj-Napoca;
- f) Institutul Regional de Oncologie Iași;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș.”

23. La capitolul VIII titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi” subtitlul „Indicații de tratament de radioterapie”, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj — tumori cutanate, tumori superficiale la care se poate documenta că izodoza de 90% se suprapune tumorii, în condiții ideale (constante electrice, filtrare, geometria fasciculelor), tumori semiprofunde și profunde;”.

24. La capitolul VIII titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi” subtitlul „Indicatori de evaluare”, punctul 1) „Indicatori fizici” se modifică și va avea următorul cuprins:

„1) indicatori fizici:

— număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu ortovoltaj: 1.778;

— număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu cobaltoterapie/an: 2.450;

— număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an: 3.685;

— număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an: 5.347;

— număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie IMRT/an: 3.900;

— număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin brahiterapie/an: 1.250.”

25. La capitolul VIII titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi”, subtitlul „Natura cheltuielilor subprogramului” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Natura cheltuielilor subprogramului — cuprinde toate cheltuielile necesare realizării serviciilor de radioterapie, inclusiv serviciile efectuate sau documentele eliberate în strânsă legătură și în vederea efectuării serviciului medical respectiv.”

26. La capitolul VIII titlul „Programul național de oncologie”, după subtitlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi” se introduce un nou subtitlu, subtitlul „Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți”, cu următorul cuprins:

„Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți

Activități:

— asigurarea serviciilor pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.

Criterii de includere:

— bolnavi cu diagnostic prezumtiv de tumori solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru neuroblastom: 100;

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru sarcom Ewing: 70;

2) indicatori de eficiență:

— cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru neuroblastom: 701 lei;

— cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru sarcom Ewing: 701 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

— servicii pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom).”

27. La capitolul VIII titlul „Programul național de diabet zaharat” subtitlul „Indicatori de evaluare”, la punctul 2) „Indicatori de eficiență”, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) cost mediu/copil cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizat/an: 1.680 lei (350 teste/3 luni);”.

28. La capitolul VIII titlul „Programul național de tratament al bolilor neurologice” subtitlul „Indicatori de evaluare”, punctul 1) „Indicatori fizici” se modifică și va avea următorul cuprins:

„1) indicatori fizici:

— număr de bolnavi cu scleroză multiplă tratați: 3.500;”.

29. La capitolul VIII titlul „Programul național de tratament pentru boli rare” subtitlul „Activități”, la punctul 1), după litera n) se introduce o nouă literă, litera o), cu următorul cuprins:

„o) tratamentul bolnavilor cu HTAP.”

30. La capitolul VIII titlul „Programul național de tratament pentru boli rare” subtitlul „Activități”, punctul 2) se abrogă.

31. La capitolul VIII titlul „Programul național de tratament pentru boli rare” subtitlul „Indicatori de evaluare”, la punctul 1) „Indicatori fizici”, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) număr de bolnavi cu boala Fabry: 23.”

32. La capitolul VIII titlul „Programul național de boli endocrine” subtitlul „Criterii de eligibilitate”, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. pentru bolnavii cu osteoporoză:

— diagnostic prin absorbtimetrie duală cu raze X (DEXA), după următoarele criterii:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A — Alfacalcidol

Parametrul măsurat	Alendronat, Risendronat, Zolendronat	Alendronat, Risendronat, Zolendronat	A	Raloxifenum	Calcitonina
Scor T (DS) DEXA	< -2,0	< -2,7	< -2,5	< -2,5	< -2,5
Fracturi fragilitate	+				fractură vertebrală dureroasă
Alte condiții	Criterii OMS FRAX			nu tolerează bifosonații	

33. La capitolul VIII titlul „Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică” subtitlul „Indicatori de evaluare”, punctul 1) „Indicatori fizici” se modifică și va avea următorul cuprins:

„1) indicatori fizici:

a) numărul total de bolnavi tratați prin dializă: 12.630, din care:

— hemodializă convențională: 11.346;

— hemodiafiltrare intermitentă on-line: 674;

— dializă peritoneală continuă: 580;

— dializă peritoneală automată: 30;”.

34. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul II, articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie finanțarea programului/subprogramului din cadrul programelor naționale de sănătate curative

.....
(se specifică fiecare program/subprogram)

pentru asigurarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute

.....
(se completează, după caz, în funcție de program/subprogram)

necesare în terapia în spital/în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, denumite în continuare *norme tehnice*.”

35. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul IV articolul 4, literele b), e) și g) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

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

.....
g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;”.

36. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul IV articolul 5, literele l), ș), ț), u), v) și ac) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare

specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

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

.....
ț) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, după caz;

.....
u) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătură electronică, republicată.

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

Pentru diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul

programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare al cărui model este prevăzut în normele tehnice, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizați în normele tehnice care au efectuat diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate;

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

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative.”

37. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul IV articolul 5, după litera u) se introduce o nouă literă, litera u¹), cu următorul cuprins:

„u¹) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. u), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

38. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul IV articolul 5, după litera af) se introduc două noi litere, literele ag) și ah), cu următorul cuprins:

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

ah) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naționale curative de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, ortopedie și boli cardiovasculare. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune.”

39. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul VI articolul 7, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Pentru serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi diagnosticați, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu de diagnosticare a leucemiilor acute, precum și copii ale referatelor de solicitare a serviciilor de diagnostic și a rezultatelor serviciului efectuat.”

40. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul VII articolul 11, alineatele (1) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 11. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a)—q), s)—t), u), x)—z), ab)—af) și ah) și în contractele încheiate de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

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

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

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

41. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul V litera A articolul 6, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

42. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, literele f), g), w), aa) și ab) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

g) să întocmească și să transmită caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în normele tehnice, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în normele tehnice; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

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

.....
 aa) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ab) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției, potrivit prevederilor legale în vigoare;”

43. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, literele k) și u) se abrogă.

44. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, după litera Ț) se introduce o nouă literă, litera Ț¹), cu următorul cuprins:

„Ț¹) să acorde medicamentele prevăzute în lista de medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;”

45. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul VI articolul 10, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a)—f), h), j)—p), r)—w), ab) și ad)—ag) se aplică următoarele măsuri:

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

46. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul VI articolul 10, după alineatul (3) se introduc două noi alineate, alineatele (3¹) și (3²), cu următorul cuprins:

„(3¹) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației de la art. 7 lit. q), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

(3²) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către o farmacie/oficină locală de distribuție a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.”

47. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul V litera A articolul 6 alineatul (1), litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) să efectueze prin structurile de control sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;”

48. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, literele b), m), r), u), ad), ai) și ak) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

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

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

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

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

ai) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

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

Pentru diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale paraclinice nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare al cărui model este prevăzut în norme, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale paraclinice care au efectuat diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate;

ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative."

49. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, după litera ai) se introduce o nouă literă, litera ai¹), cu următorul cuprins:

„ai¹) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ai), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua

acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;"

50. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, litera q) se abrogă.

51. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul X articolul 14, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2¹), cu următorul cuprins:

„(2¹) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ak) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

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

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

52. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul X articolul 15 alineatul (1), după litera g) se introduce o nouă literă, litera g¹), cu următorul cuprins:

„g¹) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ak)."

53. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 5 subpunctul 5.1, literele d), e), n), y), aa) și ac) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„d) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializă;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/

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

.....
n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile furnizorilor referitoare la actul medical, precum și la obligațiile pacienților referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

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

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

.....
ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă.”

54. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 5 subpunctul 5.1, după litera e) se introduce o nouă literă, litera e¹), cu următorul cuprins:

„e¹) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. e), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

55. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 5 subpunctul 5.3, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;”

56. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 5, după subpunctul 5.4.1 se introduce un nou subpunct, subpunctul 5.4.1¹, cu următorul cuprins:

„5.4.1¹. În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1 lit. ac) contravaloarea serviciilor de dializă se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

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

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

57. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 5, subpunctele 5.4.5, 5.4.8 și 5.4.9 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„5.4.5. Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii de dializă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

.....
5.4.8. În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1 lit. i), k), m), n), q) și v) — aa) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

5.4.9. În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

58. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 8 subpunctul 8.3, după litera i) se introduce o nouă literă, litera j), cu următorul cuprins:

„j) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1 lit. ac).”

59. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 12, subpunctul 12.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„12.2. De la data intrării în vigoare a prezentului contract furnizorul de servicii de dializă va încheia o poliță de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puțin 100.000 euro pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru furnizorii de servicii), pentru astfel de riscuri și în astfel de termeni și condiții, cu un asigurător autorizat de Autoritatea de Supraveghere Financiară.”

60. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 14, subpunctul 14.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„14.3. Anual se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate și validate de casele de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 156 de ședințe/an.”

61. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul III articolul 2, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — (1) Furnizorul de servicii de radioterapie prestează asigurarea serviciilor de radioterapie cuprinse în normele tehnice, respectiv:

Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj	
Cobaltoterapie — radioterapie 2D	
Radioterapie cu accelerator liniar 2D	
Radioterapie cu accelerator liniar 3D	
IMRT	
Brahiterapie”	

62. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul III articolul 2, alineatul (2) se abrogă.

63. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul V litera A articolul 6 alineatul (1), litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către Furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;”

64. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, literele d), e), n), y), aa), ac) și ad) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

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

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de radioterapie și la obligațiile furnizorului referitoare la actul medical, precum și la obligațiile pacienților referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

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

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

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de radioterapie, cu excepția celei de-a doua opinii medicale, la cererea expresă a asiguratului pe care o va solicita în scris și numai în situația în care aceasta a fost acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

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

65. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, după litera e) se introduce o nouă literă, litera e1), cu următorul cuprins:

„e1) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. e), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

66. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, literele ș) și ai) se abrogă.

67. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul IX, articolul 14 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 14. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ad), și ah) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. ac) contravaloarea serviciilor de radioterapie se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

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

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

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de radioterapie, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de radioterapie, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

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

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. i), k), q), m), n), x)—aa) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(6) În condițiile în care Furnizorul nu îndeplinește obligațiile prevăzute la art. 7 lit. h), valoarea de contract se diminuează corespunzător în funcție de numărul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

(7) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)—(6) se face din prima plată care urmează a fi efectuată de casa de asigurări de sănătate către Furnizor.

(8) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)—(6) se face prin plata directă sau prin executare silită în situația în care Furnizorul nu mai este în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice.

(9) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1)—(6), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe Furnizor.

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

(11) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1)—(6), pentru unitățile sanitare cu paturi.”

68. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul IX articolul 15 alineatul (1), literele g) și h) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. a), b), h), p) și Ț);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea pe toată perioada contractului a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (1);”.

69. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul IX articolul 15, după litera h) se introduce o nouă literă, litera i), cu următorul cuprins:

„i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ac).”

70. Titlul anexei nr. 9 la normele tehnice se modifică și va avea următorul cuprins:

„Referat de solicitare diagnostic/monitorizare leucemie acută”

71. După anexa nr. 9 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 9¹, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.

72. Anexa nr. 12 la normele tehnice se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

73. După anexa nr. 12 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 13, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 3 care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — În tot cuprinsul ordinului sintagma „Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare” se înlocuiește cu sintagma „Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare”.

Art. III. — Direcțiile de specialitate din Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prin care se derulează programe naționale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. IV. — Prezentul ordin intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, cu excepția art. I pct. 11 alin. (14) și (15), precum și a art. I pct. 32, care intră în vigoare la 1 octombrie 2016.

Art. V. — Anexele nr. 1—3*) fac parte integrantă din prezentul ordin.

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Gheorghe-Radu Țibichi

București, 15 septembrie 2016.
Nr. 736.

*) Anexele nr. 1—3 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 748 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

★

RECTIFICĂRI

În cuprinsul Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 54/2016 privind asigurarea obligatorie de răspundere civilă auto pentru prejudicii produse terțelor persoane prin accidente de vehicule și de tramvaie, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 723 din 19 septembrie 2016, se face următoarea rectificare:

— la art. 18 alin. (2), în loc de: „... prevăzut la art. 34 alin. (3),” se va citi: „... prevăzut la art. 36 alin. (3),”.

★

În cuprinsul Hotărârii Guvernului nr. 637/2016 privind stabilirea cheltuielilor necesare pregătirii, organizării și desfășurării în bune condiții a alegerilor pentru Senat și Camera Deputaților din anul 2016, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 691 din 6 septembrie 2016, se fac următoarele rectificări:

— la art. 1 alin. (2) lit. b), în loc de: „*indemnizațiile membrilor birourilor electorale*” se va citi: „*indemnizațiile membrilor birourilor electorale și ai oficiilor electorale*”;

— la art. 2 alin. (1), în loc de: „... *președinții birourilor electorale de circumscripție, locțiitorii acestora, membrii Biroului Electoral Central și membrii birourilor electorale de circumscripție ...*” se va citi: „... *președinții birourilor electorale de circumscripție și ai oficiilor electorale, locțiitorii acestora, membrii Biroului Electoral Central, membrii birourilor electorale de circumscripție și ai oficiilor electorale ...*”;

— la art. 2 alin. (2), în loc de: „*Personalul tehnic auxiliar al birourilor electorale și statisticienii ...*” se va citi: „*Personalul tehnic auxiliar al birourilor electorale și al oficiilor electorale, precum și statisticienii ...*”;

— la art. 2 alin. (8), în loc de: „... *de către președinții birourilor electorale.*” se va citi: „... *de către președinții birourilor electorale și ai oficiilor electorale.*”

EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 940079