

ORDIN 736/2016	<i>Vigoare</i>
Emitent: Casa Nationala de Asigurari de Sanatate Domenii: Asigurari	M.O. 748/2016
Ordin privind modificarea si completarea Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative pentru anii 2015 si 2016, aprobate prin Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 185/2015	

M.Of.Nr.748 din 26 septembrie 2016

[Sursa](#)

[Act:Monitorul Oficial](#)

ORDIN Nr. 736
privind modificarea si completarea Normelor tehnice
de realizare a programelor nationale de sanatate curative
pentru anii 2015 si 2016, aprobate prin Ordinul presedintelui
Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 185/2015

Vazand Referatul de aprobare nr. DG 1.624 din 15 septembrie 2016 al directorului general al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, avand in vedere art. 51 alin. (1) lit. b) si alin. (5) lit. b) din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si Hotararea Guvernului [nr.206/2015](#) privind aprobarea programelor nationale de sanatate pentru anii 2015 si 2016, cu modificarile si completarile ulterioare, in temeiul art. 291 alin. (2) din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, aprobat prin Hotararea Guvernului [nr. 972/2006](#), cu modificarile si completarile ulterioare,

presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emite urmatorul ordin:

Art. I. - Normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative pentru anii 2015 si 2016, aprobate prin Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate [nr. 185/2015](#), publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 219 si 219 bis din 1 aprilie 2015, cu modificarile si completarile ulterioare, se modifica si se completeaza dupa cum urmeaza:

1. La capitolul I articolul 3, alineatul (2)¹ se modifica si va avea urmatorul cuprins:

(2¹) Includerea unitatilor de specialitate in programele nationale de sanatate se realizeaza pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sanatatii si a unei metodologii de selectie care se aproba prin normele tehnice, cu incadrare in limita fondurilor aprobate.

2. La capitolul I articolul 3 alineatul (3), litera c) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

c) furnizori privati de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedeaza capacitatii furnizorilor publici de servicii medicale. Stabilirea

anuala la nivel judetean a capacitatii de furnizare a serviciilor medicale de catre furnizorii publici, precum si a serviciilor medicale care excedeaza capacitatii de furnizare a acestora se realizeaza de catre o comisie mixta, formata din reprezentanti ai directiei de sanatate publica si reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate;

3. La capitolul I articolul 4 alineatul (2), litera c) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigatiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), precum si a serviciilor de radioterapie.

4. La capitolul I articolul 5, dupa alineatul (2) se introduc patru noi alineate, alineatele (3)-(6), cu urmatorul cuprins:

(3) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea si eliberarea medicamentelor si/sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor in cadrul programelor nationale de sanatate curative, pot fi acordate intr-o unitate sanitara in regim ambulatoriu/in spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitalicesti furnizate in regim de spitalizare continua intr-o alta unitate sanitara, daca unitatea sanitara la care pacientul este internat in regim de spitalizare continua nu poate acorda serviciile.

(4) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea si eliberarea medicamentelor, asigurate bolnavilor in cadrul programului national de oncologie, pot fi acordate intr-o unitate sanitara in regim de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale furnizate in regim de spitalizare de zi in aceeași unitate sanitara sau intr-o alta unitate sanitara daca unitatea sanitara la care pacientul este internat in regim de spitalizare de zi nu poate acorda serviciile.

(5) Pentru situatiile prevazute la alin. (3) si (4), serviciile asigurate sunt validate si decontate din bugetul programelor nationale de sanatate curative.

(6) Pentru situatiile prevazute la alin. (3) si (4), daca pacientul necesita transport medicalizat, unitatea sanitara in care bolnavul este internat in regim de spitalizare continua suporta contravaloarea transportului medicalizat al acestuia in vederea efectuării serviciilor asigurate in cadrul programelor nationale de sanatate cu scop curativ.

5. La capitolul I, articolul 7 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Art. 7. - (1) Pentru programele nationale de sanatate curative decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale si altele asemenea, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), investigatiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, precum si a serviciilor de radioterapie unitatilor de specialitate aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate se realizeaza lunar, din fondurile aprobate cu aceasta destinatie.

(2) Decontarea serviciilor de supleere renala pentru furnizorii de dializa aflati in contract cu casele de asigurari de sanatate se realizeaza lunar de casele de asigurari de sanatate, din fondurile aprobate cu aceasta destinatie.

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

7. La capitolul I articolul 15, alineatul (4) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

(4) Contractele incheiate intre casele de asigurari de sanatate si furnizorii prin care se deruleaza Programul national de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)], respectiv Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT si Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom

Ewing si neuroblastom) se realizeaza dupa modelul de contract prevazut in anexa nr. 3.

8. La capitolul III articolul 26, alineatul (2) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, serviciile de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), dozarea hemoglobinei glicozilate si investigatiile PET-CT, serviciile de dializa, respectiv serviciile de radioterapie, unitatile de specialitate depun la casele de asigurari de sanatate factura/facturile, indicatorii specifici realizati in luna anterioara, documentele justificative cu privire la serviciile efectuate, care cuprind datele de identificare si diagnosticul bolnavului, biletul de trimitere/decizia de aprobare, referatul de solicitare a serviciilor de diagnostic si monitorizare al leucemiilor acute, respectiv a serviciilor de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom)*), declaratia de servicii lunare (centralizator si desfasurator), dupa caz.

9. La capitolul III, asteriscul corespunzator articolului 26 alineatul (2) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

*) Modelul referatului de solicitare a serviciilor de diagnostic al leucemiilor acute, respectiv a serviciilor de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) este prevazut in anexele nr. 9 si 91.

10. La capitolul III articolul 27, alineatul (2) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, serviciile de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), dozarea hemoglobinei glicozilate si investigatiile PET-CT, furnizorii vor depune pana la termenul prevazut in contractul incheiat pentru derularea programului/subprogramului national curativ facturile si documentele necesare in vederea decontarii pentru luna respectiva. Casele de asigurari de sanatate vor analiza si vor valida, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situatiile prezentate de unitatile de specialitate si gradul de utilizare a fondurilor puse la dispozitie anterior si vor deconta lunar, in limita sumei prevazute in contract si a fondurilor disponibile cu aceasta destinatie, in ordine cronologica, pana la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor in vederea decontarii serviciilor efectuate si acordarii vizei de «bun de plata

11. La capitolul IV articolul 30, alineatele (14), (15) si (19) se modifica si vor avea urmatorul cuprins:

(14) Medicamentele specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor cu scleroza multipla, hemofilie, talasemie, unele boli rare, boli endocrine si pentru tratamentul substitutiv cu metadona cuprinsi in programele nationale de sanatate curative se elibereaza prin farmaciile cu circuit inchis apartinand unitatilor sanitare prin care se deruleaza aceste programe, pe baza de prescriptie medicala electronica on-line sau off-line sau prescriptie medicala cu regim special utilizata pentru preparate stupefiante si psihotrope, dupa caz.

(15) Medicamentele specifice pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, pentru tratamentul starii posttransplant al pacientilor transplantati, pentru tratamentul pacientilor cu unele boli rare (mucoviscidoza, scleroza laterala amiotrofica si sindromul Prader Willi) se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis.

.....
.....

(19) Prescrierea testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratati se face impreuna cu prescrierea tratamentului cu insulina, pe acelasi formular de prescriptie medicala, pe o perioada de maximum 3 luni. Numarul de teste de automonitorizare este de pana la 350 teste/3 luni pentru un copil cu diabet zaharat insulino-dependent si pana la 100 teste pentru 3 luni pentru un adult cu diabet zaharat insulino-tratat. Farmaciile sunt obligate sa asigure in termen de maximum 48 de ore testele prescrise pacientului, daca acestea nu exista in farmacie la momentul solicitarii. Decizia privind prescrierea unui numar mai mic de teste sau de a intrerupe acordarea testelor apartine medicului prescriptor.

12. La capitolul IV articolul 30 alineatul (17), litera a) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuală cu casele de asigurari de sanatate, pentru formele farmaceutice cu administrare orala, precum si pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanata/intramusculara, dupa caz, corespunzatoare urmatoarelor DCI-uri: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum si Fulvestrantum si medicamentele de tip imunomodulator, care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A si Interferonum alfa, 2B, precum si Bortezomibum, Trastuzumabum (concentratia de 600 mg/5 ml) si Azacitidinum;

13. La capitolul IV articolul 31, literele c) si j) se modifica si vor avea urmatorul cuprins:

c) Achizitia si eliberarea pompelor de insulina se realizeaza prin centrele metodologice regionale. Medicul diabetolog sau cu competenta/atestat care are in evidenta bolnavul intocmeste dosarul medical al acestuia cuprinzand documentele care justifica indeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulina si referatul de justificare a pompei, prevazut in anexa nr. 10 pe care il transmite casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuală. Casa de asigurari de sanatate va transmite dosarul medicului coordonator al centrului metodologic regional caruia ii este arondat judetul unde este luat in evidenta bolnavul de catre medicul curant, de catre casa de asigurari de sanatate a judetului arondat. Medicul coordonator al centrului metodologic regional verifica respectarea criteriilor de eligibilitate. Lunar, medicul coordonator al centrului metodologic regional transmite Casei Nationale de Asigurari de Sanatate lista bolnavilor care indeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de pompa de insulina. Casa Nationala de Asigurari de Sanatate impreuna cu coordonatorul national al Programului national de diabet zaharat analizeaza numarul bolnavilor cuprinsi in listele transmise de medicii coordonatori ai centrelor metodologice regionale, in vederea incadrarii in bugetul aprobat cu aceasta destinatie si transmite coordonatorilor centrelor metodologice regionale listele avizate. Medicul coordonator al centrului metodologic regional, in functie de bugetul alocat, aproba referatul intocmit de medicul curant, emite decizia in baza careia se realizeaza eliberarea pompei de insulina, prevazuta in anexa nr. 11, si va transmite o copie a deciziei casei de asigurari de sanatate a judetului arondat. Instruirea pacientului care isi administreaza insulina privind tehnica de administrare a insulinei si modalitatea de utilizare a seringii sau penului (unghiul sub care se introduce acul, rotatia locurilor de injectare, adancimea injectiei etc.) se fac de catre medicul diabetolog sau cu competenta/atestat. Informarea si instruirea pacientilor se vor face particularizat pentru fiecare tip de pen utilizat, in functie de insulina umana specifica prescrisa.

.....
.....

j) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de pana la 30, respectiv 31 de zile, dupa caz, cu

exceptia medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afectiuni oncologice, cu scleroza multipla, osteoporoza, hipertensiune arteriala pulmonara, epidermoliza buloasa, scleroza tuberoasa, hiperfenilalaninemie la bolnavii diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina, scleroza sistemica si ulcere digitale evolutive, mucoviscidoza si pentru stari posttransplant, respectiv a materialelor consumabile pentru pompele de insulina si a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliza buloasa cuprinsi in programele nationale de sanatate curative, pentru care perioada poate fi de pana la 90/91/92 de zile, dupa caz. Pentru bolnavii cu afectiuni oncologice si bolnavii cu scleroza multipla, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea in vedere starea bolnavului la momentul prescrierii si prognosticul bolii. In cadrul Programului national de tratament al hemofiliei si talasemiei pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor cu hemofilie, respectiv preventia (substitutie profilactica) si tratamentul accidentelor hemoragice (substitutie «on demande») prescrierea si eliberarea medicamentelor pot fi de pana la 90/91/92 de zile, dupa caz, cu obligativitatea din partea bolnavului ca la fiecare prescriere sa prezinte medicului prescriptor ambalajele medicamentelor utilizate si sa respecte conditiile de depozitare prevazute pe ambalaj. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum este de pana la 30-31 de zile.

14. La capitolul V, articolul 32 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Art. 32. - Pentru derularea programelor nationale de sanatate curative in cadrul carora se asigura medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), servicii medicale paraclinice, casele de asigurari de sanatate incheie contracte pentru derularea programelor nationale de sanatate curative cu unitatile de specialitate prevazute la art. 3 alin. (3), care sunt si in relatie contractuala pentru furnizare de servicii medicale spitalicesti, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, dupa caz. Medicamentele in tratamentul ambulatoriu, eliberate in cadrul programelor nationale de sanatate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se elibereaza de catre farmacii in baza actelor aditionale incheiate in acest sens.

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

16. La capitolul V articolul 35 alineatul (2), litera e) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

e) sa efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate controlul derularii programelor/subprogramelor de sanatate curative, respectiv indeplinirea obligatiilor contractuale de catre furnizorii cu care se afla in relatie contractuala, conform prevederilor normelor tehnice;

17. Dupa capitolul VI se introduce un nou capitol, capitolul VI¹, cu urmatorul cuprins:

Capitolul VI¹

**Metodologia de selectie a unitatilor de specialitate
pentru includerea in programele nationale de sanatate curative**

Art. 40. - Pentru includerea in programele nationale de sanatate curative selectia unitatilor de specialitate se va realiza astfel:

a) Unitatile sanitare care solicita includerea in programele nationale de

sanatate curative depun la casa de asigurari de sanatate in a carei raza teritorial-administrativa isi desfasoara activitatea cererea de includere in program, insotita de chestionarul de evaluare completat aferent programului/subprogramului/activitatii pentru care se face solicitarea. Chestionarele de evaluare cuprind criteriile de includere in program/subprogram/activitate si modelele acestora sunt prevazute in anexa nr. 13 la prezentele norme tehnice.

b) Casa de asigurari de sanatate va face verificarea indeplinirii criteriilor cuprinse in chestionarul de evaluare prin vizita la sediul unitatii sanitare si pe baza documentelor puse la dispozitie de acestia, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data la care cererea a fost depusa la casa de asigurari. In urma verificarii, casa de asigurari de sanatate va aviza sau nu indeplinirea criteriilor cuprinse in chestionar prin completarea cap. 5 din acesta.

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

d) Casa de asigurari de sanatate va comunica Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in termen de 5 zile lucratoare de la data avizarii chestionarului de evaluare pentru fiecare program/subprogram/activitate Lista unitatilor sanitare avizate pentru includere in program/subprogram/activitate;

e) Unitatile sanitare avizate depun la casa de asigurari de sanatate in a carei raza teritorial-administrativa isi desfasoara activitatea fundamentarea solicitarii de finantare. In urma analizei acesteia, casa de asigurari de sanatate va stabili necesarul de fonduri in concordanta cu structura organizatorica si dotarea unitatii sanitare si il va transmite catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

f) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate va include unitatile sanitare avizate in lista unitatilor care deruleaza programul/subprogramul, cu incadrarea in bugetul aprobat, precum si cu respectarea prevederilor art. 3 alin. (3) lit. c), dupa depunerea la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate a solicitarilor de finantare de catre casele de asigurari.

g) Pentru unitatile sanitare aflate deja in relatie contractuala pentru derularea programului/subprogramului national de sanatate termenul de evaluare va fi pana la incetarea valabilitatii Hotararii Guvernului nr. 206/2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

h) Pentru unitatile sanitare care nu se afla in relatie contractuala pentru derularea programului/subprogramului evaluarea va incepe dupa publicarea in Monitorul Oficial al Romaniei a prezentelor norme tehnice.

i) Avizarea unitatilor sanitare in baza criteriilor cuprinse in chestionarele de evaluare se mentine pe durata valabilitatii actelor normative in vigoare, cu exceptia situatiilor in care apar modificari in ceea ce priveste indeplinirea criteriilor din chestionarele de evaluare.

j) Criteriile privind clasificarea:

- sectiilor si compartimentelor de anestezie si terapie intensiva din unitatile sanitare;
- a unitatilor de supraveghere si tratament avansat al pacientilor cardiaci critici, denumite in continuare USTACC, conform prevederilor Ordinului ministrului sanatatii publice nr. 1.500/2008*) privind aprobarea Regulamentului de organizare si functionare a sectiilor si compartimentelor de anestezie si terapie intensiva din unitatile sanitare, precum si dotarea cu hota cu flux laminar se vor aplica incepand cu anul 2017, la urmatoarea perioada de contractare, atat unitatilor sanitare aflate in relatie contractuala cu CAS pentru derularea programelor nationale de sanatate curative, cat si unitatilor sanitare noi care au indeplinit criteriile cuprinse in chestionarele de evaluare.

*) Ordinul ministrului sanatatii publice nr. 1.500/2008 nu a fost publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

k) In anexele la anexa nr. 13, prevederile cap. 2 pct. II si cap. 3 se aplica unitatilor sanitare publice, potrivit dispozitiilor Ordinului ministrului sanatatii [nr. 870/2004](#) pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de munca, organizarea si efectuarea garzilor in unitatile publice din sectorul sanitar, cu modificarile si completarile ulterioare, si Ordinului ministrului sanatatii [nr. 1.224/2010](#) privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenta medicala spitaliceasca, precum si pentru modificarea si completarea Ordinului ministrului sanatatii publice [nr. 1.778/2006](#) privind aprobarea normativelor de personal. Pentru unitatile sanitare private numarul de personal si modul de organizare si asigurare a continuitatii asistentei medicale sunt reglementate prin normele proprii de organizare si functionare ale unitatii.

18. La capitolul VII, tabelul cuprinzand „Creditele bugetare si de angajament aferente programelor nationale de sanatate curative pentru anul 2016” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

**Creditele bugetare si de angajament aferente programelor
nationale de sanatate curative pentru anul 2016**

- mii lei -

Denumire program de sanatate	Credite de angajament an 2016	Credite bugetare an 2016
Programul national de oncologie, din care:	1.820.956,00	1.729.827,00
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice (adulti si copii)	1.652.040,35	1.562.363,00
Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT (adulti si copii)	15.284,00	14.928,00
Subprogramul de reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare	1.234,00	1.202,00
Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic si biomolecular al leucemiei acute (adulti si copii)	12.227,65	11.334,00
Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice (adulti si copii)	150.000,00	150.000,00
Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti	170	0
Programul national de diabet zaharat	965.445,34	883.189,00
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana	71.874,00	66.633,00
Programul national de tratament pentru boli rare	127.536,23	128.919,00
Programul national de tratament al bolilor neurologice	126.279,20	110.350,00
Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei	93.408,75	75.302,00
Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)	24.664,00	24.664,00
Programul national de boli endocrine	8.124,00	8.557,00
Programul national de ortopedie	87.933,86	75.091,00
Programul national de terapie intensiva a insuficientei hepatice	762,00	762,00
Programul national de boli cardiovasculare	137.962,50	111.746,00
Programul national de sanatate mintala	1.817,20	1.810,00

Programul national de diagnostic si tratament cu ajutorul aparaturii de inalta performanta, din care:	86.751,92	83.364,00
Subprogramul de radiologie interventionala	22.397,39	20.360,00
Subprogramul de diagnostic si tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos	11.832,00	11.832,00
Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobandite la copil	887,32	218,00
Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular	2.135,21	954,00
Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica	929.756,00	888.238,00
Total	1.433.181,00	1.138.452,00

19. La capitolul VIII titlul „Programul national de oncologie”, subtitlul „Obiective” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Obiective:

- a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice;
- b) monitorizarea evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice;
- c) reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare;
- d) diagnosticul si monitorizarea leucemiilor acute la copii si adulti.
- e) radioterapia bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi;
- f) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii si adulti.”

20. La capitolul VIII titlul „Programul national de oncologie”, subtitlul „Structura” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Structura:

- 1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice;
- 2. Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT;
- 3. Subprogramul de reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare;
- 4. Subprogramul de diagnostic si de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara la copii si adulti;
- 5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi;
- 6. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti.

21. La capitolul VIII titlul „Programul national de oncologie”, denumirea subtitlului „Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice” se modifica si devine „Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice”.

22. La capitolul VIII titlul „Programul national de oncologie”, subtitlul „Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic si biomolecular al leucemiilor acute” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Subprogramul de diagnostic si de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara la copii si adulti

Activitati:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul initial si de certitudine al leucemiei acute si pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute. Criterii de includere:

- a) diagnosticul initial si de certitudine al leucemiei acute:

- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de leucemie acuta dovedit obligatoriu printr-un examen citomorfologic efectuat anterior trimiterii spre investigare complexa prin imunofenotipare, citogenetica si biologie moleculara;

b) monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute:

- bolnavi cu diagnostic de leucemie acuta in tratament medicamentos.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- numar de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul initial al leucemiei acute: 715;

- numar de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin imunofenotipare: 310;

- numar de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen citogenetic si/sau FISH: 308;

- numar de bolnavi beneficiari de servicii pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculara: 307;

- numar de bolnavi cu diagnostic de leucemie acuta beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin imunofenotipare: 176;

- numar de bolnavi cu diagnostic de leucemie acuta beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen citogenetic si/sau FISH: 88;

- numar de bolnavi cu diagnostic de leucemie acuta beneficiari de servicii de monitorizare a bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculara: 88.

N O T A:

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

2) indicatori de eficienta:

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul initial al leucemiei acute (medulograma si/sau examen citologic al frotiului sanguin, coloratii 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 si/sau FISH: 834,5 lei;

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu pentru diagnosticul de certitudine al leucemiei acute prin examen de biologie moleculara: 600 lei;

- cost mediu/bolnav cu diagnostic de leucemie acuta beneficiar de serviciu pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin imunofenotipare: 1.309 lei;

- cost mediu/bolnav cu diagnostic de leucemie acuta beneficiar de serviciu pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin examen citogenetic si/sau FISH: 834,5 lei;

- cost mediu/bolnav cu diagnostic de leucemie acuta beneficiar de servicii pentru monitorizarea bolii minime reziduale prin examen de biologie moleculara: 600 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru diagnosticul initial si de certitudine al leucemiilor acute si pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute.

Unitati care deruleaza subprogramul:

a) Institutul Clinic Fundeni;

b) Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti;

c) Spitalul Clinic Coltea Bucuresti;

d) Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii «Louis Turcanu» Timisoara;

- e) Institutul Oncologic «Prof. Dr. I. Chiricuta» Cluj-Napoca;
- f) Institutul Regional de Oncologie Iasi;
- g) Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Targu Mures.

23. La capitolul VIII titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi” subtitlul „Indicatii de tratament de radioterapie”, litera a) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj - tumori cutanate, tumori superficiale la care se poate documenta ca izodoza de 90% se suprapune tumorii, in conditii ideale (constante electrice, filtrare, geometria fasciculelor), tumori semiprofunde si profunde;

24. La capitolul VIII titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi” subtitlul „Indicatori de evaluare”, punctul 1) „Indicatori fizici” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

1) indicatori fizici:

- numar de bolnavi cu afectiuni oncologice tratati prin radioterapie cu ortovoltaj: 1.778;
- numar de bolnavi cu afectiuni oncologice tratati prin radioterapie cu cobaltoterapie/an: 2.450;
- numar de bolnavi cu afectiuni oncologice tratati prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an: 3.685;
- numar de bolnavi cu afectiuni oncologice tratati prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an: 5.347;
- numar de bolnavi cu afectiuni oncologice tratati prin radioterapie IMRT/an: 3.900;
- numar de bolnavi cu afectiuni oncologice tratati prin brahiterapie/an: 1.250.

25. La capitolul VIII titlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi”, subtitlul „Natura cheltuielilor subprogramului” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Natura cheltuielilor subprogramului - cuprinde toate cheltuielile necesare realizarii serviciilor de radioterapie, inclusiv serviciile efectuate sau documentele eliberate in stransa legatura si in vederea efectuarii serviciului medical respectiv.

26. La capitolul VIII titlul „Programul national de oncologie”, dupa subtitlul „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi” se introduce un nou subtitlu, subtitlul „Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti”, cu urmatorul cuprins:

Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti

Activitati:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti. Criterii de includere:
- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de tumori solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- numar de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetica pentru neuroblastom: 100;
- numar de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetica pentru sarcom Ewing: 70;

2) indicatori de eficienta:

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetica pentru

neuroblastom: 701 lei;

- cost mediu/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetica pentru sarcom Ewing: 701 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom).

27. La capitolul VIII titlul „Programul national de diabet zaharat” subtitlul „Indicatori de evaluare”, la punctul 2) „Indicatori de eficienta”, litera c) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

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

28. La capitolul VIII titlul „Programul national de tratament al bolilor neurologice” subtitlul „Indicatori de evaluare”, punctul 1) „Indicatori fizici” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

1) indicatori fizici:

- numar de bolnavi cu scleroza multipla tratati: 3.500;

29. La capitolul VIII titlul „Programul national de tratament pentru boli rare” subtitlul „Activitati”, la punctul 1), dupa litera n) se introduce o noua litera, litera o), cu urmatorul cuprins:

o) tratamentul bolnavilor cu HTAP.

30. La capitolul VIII titlul „Programul national de tratament pentru boli rare” subtitlul „Activitati”, punctul 2) se abroga.

31. La capitolul VIII titlul „Programul national de tratament pentru boli rare” subtitlul „Indicatori de evaluare”, la punctul 1) „Indicatori fizici”, litera e) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

e) numar de bolnavi cu boala Fabry: 23.

32. La capitolul VIII titlul „Programul national de boli endocrine” subtitlul „Criterii de eligibilitate”, punctul 1 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

1. pentru bolnavii cu osteoporoza:

- diagnostic prin absorbtimetrie duala cu raze X (DEXA), dupa urmatoarele criterii:

Semnificatia coloanei A din tabelul de mai jos este urmatoarea:

A - Alfacalcidol

Parametrul masurat	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					Fractura vertebrala dureroasa
Alte conditii	Criterii OMS TRAX			nu tolereaza bifosfonatii	

33. La capitolul VIII titlul „Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica” subtitlul „Indicatori de evaluare”, punctul 1) „Indicatori fizici” se modifica si va avea urmatorul cuprins:

1) indicatori fizici:

a) numarul total de bolnavi tratati prin dializa: 12.630, din care:

- hemodializa conventionala: 11.346;

- hemodiafiltrare intermitenta on-line: 674;

- dializa peritoneala continua: 580;

- dializa peritoneala automata: 30;

34. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul II, articolul 1 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Art. 1. - Obiectul prezentului contract il constituie finantarea programului/subprogramului din cadrul programelor nationale de sanatate curative

.....
.....

(se specifica fiecare program/subprogram)

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

.....
.....

(se completeaza, dupa caz, in functie de program/subprogram) necesare in terapia in spital/in spital si ambulatoriu, conform Hotararii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor nationale de sanatate pentru anii 2015 si 2016 si Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative pentru anii 2015 si 2016, aprobate prin Ordinul presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 185/2015, denumite in continuare norme tehnice.

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

b)sa deconteze furnizorilor, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/materialelor sanitare/serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, efectuate, raportate si validate de casele de asigurari de sanatate potrivit reglementarilor legale in vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea in vederea decontarii se face in sistem electronic;

.....
...

e)sa efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate controlul derularii programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative, respectiv respectarea obligatiilor contractuale de catre furnizorii cu care se afla in relatie contractuala, conform prevederilor normelor tehnice;

.....
...

g)sa recupereze de la furnizorii care deruleaza programe/subprograme nationale de sanatate curative sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor prin tratament Gamma Knife/serviciilor de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, in situatia in care asiguratii nu au beneficiat de acestea, precum si sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

36. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul IV articolul 5, literele l), s), t), u), v) si ac) se modifica si vor avea urmatorul cuprins:

l)sa organizeze evidenta electronica a bolnavilor care beneficiaza de medicamentele si/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, dupa caz, in cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/numar card european/numar formular/numar pasaport/numar act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant

(cod parafa), medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea si valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

.....
.....

s)sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

.....
.....

t)sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii medicamentelor/materialelor sanitare specifice, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, dupa caz;

.....
.....

u)sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa, potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/ adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

Pentru diagnosticarea si monitorizarea leucemiilor acute, probele pentru investigatiile paraclinice decontate in cadrul programelor nationale de sanatate curative care nu se recolteaza la furnizorii de servicii medicale nominalizati in normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative, dar sunt transmise la acestia, insotite de referatul de

solicitare al carui model este prevazut in normele tehnice, nu este necesara prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate. Decontarea acestor servicii se realizeaza furnizorilor de servicii medicale nominalizati in normele tehnice care au efectuat diagnosticarea si monitorizarea leucemiilor acute, fara a fi necesara prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate;

.....
.....

v) sa raporteze corect si complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se elibereaza in cadrul programelor nationale de sanatate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, efectuate, dupa caz, potrivit prevederilor legale in vigoare;

.....
.....

ac) sa nu incaseze sume de la asigurati pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale si altele asemenea, care se asigura in cadrul programelor nationale de sanatate curative.

37. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul IV articolul 5, dupa litera u) se introduce o noua litera, litera u¹), cu urmatorul cuprins:

u¹) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale, altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. u), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

38. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul IV articolul 5, dupa litera af) se introduc doua noi litere, literele ag) si ah), cu urmatorul cuprins:

ag) sa asigure bolnavului care se afla in spitalizare continua transportul medicalizat, dupa caz, in vederea efectuarii serviciilor medicale asigurate in cadrul programelor nationale de sanatate curative;

ah) sa intocmeasca si sa transmita lunar la casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale listele de prioritate cu bolnavii care indeplinesc conditiile pentru a beneficia de materiale sanitare in cadrul programelor nationale curative de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile, ortopedie si boli cardiovasculare. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune.

39. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul VI articolul 7, alineatul (3) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

(3) Pentru serviciile de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, unitatea sanitara prezinta in primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedenta, cuprinzand numarul de bolnavi diagnosticati, valoarea serviciilor efectuate, costul mediu/serviciu de diagnosticare a leucemiilor acute, precum si copii ale referatelor de solicitare a serviciilor de diagnostic si a rezultatelor serviciului efectuat.

40. La anexa nr. 1 la normele tehnice, la punctul VII articolul 11, alineatele (1) si (4) se modifica si vor avea urmatorul cuprins:

Art. 11. - (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 5 lit. a)-q), s)-t), u), x)-z), ab)-af) si ah) si in contractele incheiate de unitatile sanitare cu paturi cu casa de asigurari de sanatate pentru

finantarea programelor/ subprogramelor nationale de sanatate curative atrage aplicarea unor sanctiuni de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casele de asigurari de sanatate, dupa caz, pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

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

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

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatarii dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate in luna in care s-au inregistrat aceste situatii pentru programul/subprogramul respectiv.

.....

(4) Pentru raportarea incorecta/incompleta de catre unitatile sanitare cu paturi a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv/ respective, la nivelul raportarii trimestriale.

41. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul V litera A articolul 6, litera e) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

e) sa efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate controlul derularii programelor/subprogramelor de sanatate curative, respectiv indeplinirea obligatiilor contractuale de catre furnizorii cu care se afla in relatie contractuala, conform prevederilor normelor tehnice;

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

f) sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate, utilizand platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

g) sa intocmeasca si sa transmita caselor de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite in normele tehnice, documentele necesare in vederea decontarii medicamentelor si materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative: factura si alte documente justificative prevazute in normele tehnice; sumele prevazute in factura si medicamentele si materialele sanitare specifice din documentele justificative insotitoare, prezentate caselor de asigurari de sanatate de furnizorii de medicamente in vederea decontarii acestora, trebuie sa corespunda cu datele aferente consumului de medicamente si materiale sanitare specifice raportate in Sistemul informatic unic integrat;

.....

w) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate si validate de catre casele de asigurari de

sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii medicamentelor/materialelor sanitare specifice si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

.....
.....

aa) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea eliberarii medicamentelor si/sau materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, daca acestea se ridica din farmacie de catre beneficiarul prescriptiei; in situatia in care ridicarea medicamentelor si/sau materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative de la farmacie se face de catre un imputernicit, se solicita cardul national de asigurari sociale de sanatate al imputernicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul, daca imputernicitul nu poate prezenta cardul national de asigurari sociale de sanatate. Medicamentele si/sau materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ab) sa verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescriptiei, potrivit prevederilor legale in vigoare;

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

44. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, dupa litera t) se introduce o noua litera, litera t¹), cu urmatorul cuprins:

t¹) sa acorde medicamentele prevazute in lista de medicamente de care beneficiaza bolnavii inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, care se aproba prin hotarare a Guvernului si sa nu incaseze contributie personala pentru medicamentele la care nu sunt prevazute astfel de plati;

45. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul VI articolul 10, alineatul (2) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

(2) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie a obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a)-f), h), j)-p), r)-w), ab) si ad)-ag) se aplica urmatoarele masuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

46. La anexa nr. 2 la normele tehnice, la punctul VI articolul 10, dupa alineatul (3) se introduc doua noi alineate, alineatele (3¹) si (3²), cu urmatorul cuprins:

(3¹) Casele de asigurari de sanatate informeaza Colegiul Farmacistilor din Romania, cu privire la aplicarea fiecarei sanctiuni pentru nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. q), in vederea aplicarii masurilor pe domeniul de

competenta.

(3²) Pentru raportarea incorecta/incompleta de catre o farmacie/oficina locala de distributie a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale.

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

e) sa efectueze prin structurile de control sau ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate controlul derularii programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative, respectiv respectarea obligatiilor contractuale de catre 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) si ak) se modifica si vor avea urmatorul cuprins:

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale paraclinice in cadrul unor programe/ subprograme nationale de sanatate curative referitoare la actul medical si ale asiguratului referitor la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;

.....

m) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate in cadrul programelor nationale de sanatate; informatiile privind serviciile medicale paraclinice si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale paraclinice sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

.....

.....

r) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale paraclinice contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale paraclinice. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciilor medicale paraclinice si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

.....

.....

u) sa asigure mentenanta si intretinerea aparatelor din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice, potrivit specificatiilor tehnice, cu firme avizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

.....

.....

ad) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta

de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze, in vederea acordarii serviciilor medicale din cadrul programelor nationale de sanatate curative; serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

.....
.....

ai) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

Pentru diagnosticarea genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), probele pentru investigatiile paraclinice decontate in cadrul programelor nationale de sanatate curative care nu se recolteaza la furnizorii de servicii medicale paraclinice nominalizati in normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative sunt transmise la acestia, insotite de referatul de solicitare al carui model este prevazut in norme, fara a fi necesara prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate. Decontarea acestor servicii se realizeaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice care au efectuat diagnosticarea genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) fara a fi necesara prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate;

.....
.....

ak) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate in cadrul programelor nationale de sanatate curative.

49. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, dupa litera ai) se introduce o noua litera, litera ai¹), cu urmatorul cuprins:

ai¹) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale, altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. ai), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza

furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

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

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

(2¹) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligatiilor prevazute la art. 7 lit. ak) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

52. La anexa nr. 3 la normele tehnice, la punctul X articolul 15 alineatul (1), dupa litera g) se introduce o noua litera, litera g¹), cu urmatorul cuprins:

g¹) la a patra constatare a nerespectarii de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligatiilor prevazute 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) si ac) se modifica si vor avea urmatorul cuprins:

d) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor de dializa;

e) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

.....

.....

n) sa informeze pacientii cu privire la serviciile de dializa si la obligatiile furnizorilor referitoare la actul medical, precum si la obligatiile pacientilor referitoare la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;

.....

y) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si serviciile de dializa cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate in cadrul programelor nationale de sanatate; informatiile privind serviciile de dializa si tarifele corespunzatoare serviciilor de dializa sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

.....

aa) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor de dializa contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor de dializa. La stabilirea acestui termen, nu se ia in calcul ziua acordarii serviciilor de dializa si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

.....

ac) sa nu incaseze sume de la asigurati pentru serviciile de dializa.

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

e¹) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale, altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. e), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

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

e) sa efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate controlul derularii Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica, respectiv indeplinirea obligatiilor contractuale de catre furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

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

5.4.1¹. In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de dializa a obligatiilor prevazute la pct. 5.1 lit. ac) contravaloarea serviciilor de dializa se va diminua dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de dializa aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de dializa aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de dializa aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

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

5.4.5. Pentru raportarea incorecta/incompleta de catre furnizorii de servicii de dializa a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale.

.....

5.4.8. In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de dializa a obligatiilor prevazute la pct. 5.1 lit. i), k), m), n), q) si v) - aa) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de dializa aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii. 5.4.9. In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate, se constata ca serviciile raportate potrivit contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de dializa aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

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

j) la a patra constatare a nerespectarii de catre furnizorii de servicii de dializa a obligatiilor prevazute 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 modifica si va avea urmatorul cuprins:

12.2. De la data intrarii in vigoare a prezentului contract furnizorul de servicii de dializa va incheia o polita de asigurare de raspundere civila pentru o suma asigurata de cel putin 100.000 euro pe an (sau pentru orice alta valoare aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru furnizorii de servicii), pentru astfel de riscuri si in astfel de termeni si conditii, cu un asigurator autorizat de Autoritatea de Supraveghere Financiara.

60. La anexa nr. 4 la normele tehnice, la partea a 2-a punctul 14, subpunctul 14.3 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

14.3. Anual se poate efectua regularizarea serviciilor de dializa realizate si validate de casele de asigurari de sanatate pentru bolnavii constanti ai centrului, in limita a 156 de sedinte/an.

61. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul III articolul 2, alineatul (1) se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Art. 2. - (1) Furnizorul de servicii de radioterapie presteaza asiguratilor

serviciile de radioterapie cuprinse in 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 abroga.

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

e) sa efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate controlul derularii Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice, respectiv respectarea obligatiilor contractuale de catre 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) si ad) se modifica si vor avea urmatorul cuprins:

d) sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor de radioterapie;

e) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

.....
n) sa informeze pacientii cu privire la serviciile de radioterapie si la obligatiile furnizorului referitoare la actul medical, precum si la obligatiile pacientilor referitoare la respectarea indicatiilor medicale si consecintele nerespectarii acestora;

.....
y) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de

contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web, precum si serviciile de radioterapie cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate in cadrul programelor nationale de sanatate curative; informatiile privind serviciile de radioterapie si tarifele corespunzatoare serviciilor de radioterapie sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

.....
aa) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor de radioterapie contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor de radioterapie. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciilor de radioterapie si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

.....
ac) sa nu incaseze sume de la asigurati pentru serviciile de radioterapie, cu exceptia celei de-a doua opinii medicale, la cererea expresa a asiguratului pe care o va solicita in scris si numai in situatia in care aceasta a fost acordata de o alta echipa medicala decat cea care a aprobat planul de tratament initial;

ad) sa intocmeasca si sa transmita lunar la casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale listele de prioritate cu bolnavii care indeplinesc conditiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

65. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, dupa litera e) se introduce o noua litera, litera e¹), cu urmatorul cuprins:

e¹) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale, altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. e), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acestase implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii [nr. 455/2001](#), republicata. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

66. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul V litera B articolul 7, literale s) si ai) se abroga.

67. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul IX, articolul 14 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Art. 14. - (1) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de radioterapie a obligatiilor prevazute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ad), si ah) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de radioterapie a obligatiilor prevazute la art. 13 lit. ac) contravaloarea serviciilor de radioterapie se va diminua dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de radioterapie, a programului de lucru prevazut in contract:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de radioterapie, aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

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

(4) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de radioterapie a obligatiilor prevazute la art. 13 lit. i), k), q), m), n), x)-aa) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care sau inregistrat aceste situatii.

(5) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre structurile de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate sau ale caselor de asigurari de sanatate, se constata ca serviciile raportate potrivit contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate in regim de spitalizare de zi aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(6) In conditiile in care Furnizorul nu indeplineste obligatiile prevazute la art. 7 lit. h), valoarea de contract se diminueaza corespunzator in functie de numarul de servicii care nu au respectat aceste criterii.

(7) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(6) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata de casa de asigurari de sanatate catre Furnizor.

(8) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(6) se face prin plata directa sau prin executare silita in situatia in care Furnizorul nu mai este in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pentru finantarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice.

(9) Pentru situatiile prevazute la alin. (1)-(6), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe Furnizor.

(10) Sumele incasate la nivelul casei de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(6) se utilizeaza potrivit prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

(11) Casa de asigurari de sanatate, prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, anunta Ministerul Sanatatii, respectiv ministerele si institutiile

cu retea sanitara proprie, odata cu prima constatare, despre situatiile prevazute la alin. (1)-(6), pentru unitatile sanitare cu paturi.

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

g) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 13 lit. a), b), h), p) si t);

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea pe toata perioada contractului a sanctiunii prevazute la art. 14 alin. (1);

69. La anexa nr. 5 la normele tehnice, la punctul IX articolul 15, dupa litera h) se introduce o noua litera, litera i), cu urmatorul cuprins:

i) la a patra constatare a nerespectarii de catre furnizorii de servicii de radioterapie a obligatiilor prevazute la art. 7 lit. ac).

70. Titlul anexei nr. 9 la normele tehnice se modifica si va avea urmatorul cuprins:

Referat de solicitare diagnostic/monitorizare leucemie acuta

71. Dupa anexa nr. 9 se introduce o noua anexa, anexa nr. 9¹, avand cuprinsul prevazut in anexa nr. 1 care face parte integranta din prezentul ordin.

72. Anexa nr. 12 la normele tehnice se modifica si se inlocuieste cu anexa nr. 2 care face parte integranta din prezentul ordin.

73. Dupa anexa nr. 12 se introduce o noua anexa, anexa nr. 13, avand cuprinsul prevazut in anexa nr. 3 care face parte integranta din prezentul ordin.

Art. II. - In tot cuprinsul ordinului sintagma „Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare” se inlocuieste cu sintagma „Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare”.

Art. III. - Directiile de specialitate din Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, casele de asigurari de sanatate si unitatile de specialitate prin care se deruleaza programe nationale de sanatate curative vor duce la indeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. IV. - Prezentul ordin intra in vigoare la data publicarii in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, cu exceptia art. I pct. 11 alin. (14) si (15), precum si a art. I pct. 32, care intra in vigoare la 1 octombrie 2016.

Art. V. - Anexele nr. 1-3*) fac parte integranta din prezentul ordin.

***) Anexele nr. 1-3 se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 748 bis, care se poate achizitiona de la Centrul pentru relatii cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, Bucuresti, sos. Panduri nr. 1.**

p. Presedintele Casei Nationale
de Asigurari de Sanatate,
Gheorghe-Radu Tibichi

Bucuresti, 15 septembrie 2016.
Nr. 736.