



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 191 (XXXV) — Nr. 866 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Marți, 26 septembrie 2023

SUMAR

Pagina

Anexele nr. 1—16 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 774/2023 privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 26–127

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 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022*)

Văzând Referatul de aprobare nr. DG 3.776 din 18.09.2023 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere prevederile art. 51 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, 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 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 318 și 318 bis din 31 martie 2022, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La capitolul I articolul 3 alineatul (4), după litera d) se introduce o nouă literă, lit. e), cu următorul cuprins:

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

2. 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 diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică, precum și a serviciilor de radioterapie.”

3. La capitolul I articolul 4 alineatul (2), după litera c) se introduce o nouă literă, lit. d), cu următorul cuprins:

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

4. La capitolul I articolul 6, alineatele (3), (4) și (7) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

(4) Modelele de contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative încheiate între casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate curative sunt prevăzute în anexele nr. 1, 2, 3, 4, 5 și 5¹ la prezentele norme.

.....

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

5. La capitolul I articolul 11, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

6. La capitolul I articolul 11, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alin. (5¹), cu următorul cuprins:

„(5¹) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii conexe prin care se derulează Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului național de sănătate mintală se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 5¹.”

7. La capitolul I, articolul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 12. — Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate care efectuează servicii de dializă se realizează în limita fondurilor aprobate cu această destinație în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. În situația în care o unitate sanitară este inclusă în program pe parcursul derulării acestuia, contractul cu casa de asigurări de sănătate se poate încheia prin preluarea bolnavilor existenți în program de la alte unități sanitare sau, după caz, prin includerea în program a unor bolnavi noi.”

*) Ordinul nr. 774/2023 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 866 din 26 septembrie 2023 și este reprodus și în acest număr bis.

8. La capitolul I, articolul 15 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

9. La capitolul I articolul 17, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

10. La capitolul I articolul 17, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (5), cu următorul cuprins:

„(5) Serviciile de radioterapie efectuate bolnavilor aflați în regim de spitalizare continuă se decontează unităților de specialitate care implementează Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, cu excepția serviciilor efectuate bolnavilor aflați în regim de spitalizare continuă pe secția/compartimentul de radioterapie.”

11. La capitolul I, articolul 22 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

(2) Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, cu completările ulterioare, care au desemnat un reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale, serviciilor conexe, după caz, se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau a cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice care însoțește persoana cu tulburări psihice la furnizorii de servicii medicale, servicii conexe, după caz, prezintă obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării de către furnizori a acestui document în evidențele proprii.”

12. La capitolul III articolul 26, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 26. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea, acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, conform contractelor încheiate cu furnizorii.”

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

„(2) Includerea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în bugetul aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.”

14. La capitolul III articolul 28, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară, serviciile medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciile de testare genetică, serviciile de dozare a hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, serviciile de dializă, serviciile conexe, 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, referatul de solicitare al serviciilor de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară, serviciilor medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică*), declarația de servicii lunare (centralizator și desfășurător), după caz.

*) Modelul referatului de solicitare a serviciilor de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară, serviciilor medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne și al serviciilor de testare genetică este prevăzut în anexele nr. 9, 10 și 10¹.”

15. La capitolul III, articolul 29 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 29. — 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 sanitare și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior, precum și stocurile cantitativ-valorice și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, contravaloarea facturilor aferente cererilor justificative pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, cu excepția serviciilor medicale și serviciilor conexe, pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.”

16. La capitolul III articolul 32, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 32. — (1) În cadrul Subprogramului de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară, Subprogramului de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne și al Subprogramului național de testare genetică, pentru 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 le-au efectuat, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.”

17. La capitolul V, articolul 37 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 37. — 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, de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară, servicii medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, servicii de testare genetică, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4), 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 eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmaciile și unitățile de specialitate în baza actelor adiționale încheiate la contractele pentru derularea programelor naționale de sănătate curative.”

18. La capitolul V articolul 38, partea introductivă a alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 38. — (1) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie și al Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:”

19. La capitolul V articolul 38, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

„(4) Pentru derularea Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului național de sănătate mintală, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoane cu tulburări din spectrul autist cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4) lit. e) care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii, sunt autorizați și evaluați, sau autorizați și fac dovada acreditării/înscrisului în procesul de acreditare.”

20. La capitolul V, articolul 39 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 39. — Unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative au obligațiile, sancțiunile, precum și condițiile de reziliere, suspendare și încetare a contractului prevăzute în Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate și asumate de părțile contractante prin contractele încheiate în acest sens, după modelele de contract prevăzute în anexele nr. 1—51 la prezentele norme tehnice.”

21. La capitolul V articolul 40 alineatul (2), literele a), b), f), g), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscrisi în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile

din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, precum și cu furnizorii de servicii de dializă, furnizorii de servicii conexe, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie, și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina de internet proprie și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.012/2013, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare, investigațiilor paraclinice sau altele asemenea, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de acestea, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/serviciilor conexe/investigațiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene

emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

22. La capitolul V articolul 40, alineatul (8) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(8) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe pagina de internet proprie lista unităților de specialitate cu care se află în relație contractuală pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative.”

23. La capitolul V articolul 46, literele a), b), e), f), g), h), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) Unitățile de specialitate 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. 16 la prezentele norme tehnice.

b) Casa de asigurări de sănătate va face verificarea îndeplinirii criteriilor cuprinse în chestionarul de evaluare prin vizită la sediul unității de specialitate 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 va aviza îndeplinirea criteriilor cuprinse în chestionar prin completarea cap. 5 din acesta.

e) Unitățile de specialitate 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 de specialitate avizate în lista unităților care derulează programul/subprogramul, cu încadrarea în bugetul aprobat, precum și cu respectarea prevederilor art. 3 alin. (4) lit. c), după depunerea la Casa Națională de Asigurări de Sănătate a solicitărilor de finanțare de către casele de asigurări.

g) Pentru unitățile de specialitate aflate la data de 31.03.2017 în relație contractuală pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate, care au fost evaluate, dar nu au îndeplinit toate criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare, acestea vor fi avizate, cu plan de conformare, de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică până la data de 31.12.2023. Neîndeplinirea criteriilor la data mai sus menționată duce la încetarea de drept a contractului și nu mai poate fi prelungit prin act adițional.

h) Avizarea unităților de specialitate 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.

i) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 pct. II și cap. 3 se aplică unităților de specialitate 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 de specialitate 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.

j) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 privind structura de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale se aplică unităților de specialitate publice și private cu paturi, potrivit dispozițiilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.”

24. La capitolul IX, titlul „Programul național de oncologie”, subtitlurile „Obiective” și „Structură” se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Programul național de oncologie

Obiective:

a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

b) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;

c) diagnosticul și monitorizarea afecțiunilor hematologice maligne;

d) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

e) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne.

Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

2. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;

3. Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară;

4. Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

5. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;

6. Subprogramul național de testare genetică.”

25. La capitolul IX titlul „Programul național de oncologie”, „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” se modifică și va avea următorul cuprins:

„**Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară**

Activități:

— asigurarea serviciilor pentru diagnosticul hemopatiilor maligne, progresia sau recăderea acestora, pierderea răspunsului și pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu

Servicii de testare

I. LEUCEMII ACUTE

hemopatii maligne: leucemia acută, neoplasme mielodisplazice, sindroame mieloproliferative cronice (leucemie mieloidă cronică, sindroame mieloproliferative cronice Ph1 negativ, inclusiv mielofibroza, mastocitoza sistemică și sindromul hipereozinofilic) și sindroame limfoproliferative cronice (mielom multiplu și alte sindroame limfoproliferative cronice).

Criterii de includere:

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

Tabelul nr. 1

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

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

NOTĂ:

Este obligatoriu ca același furnizor să efectueze și să contracteze minimum panelul de teste prin imunofenotipare.

II. NEOPLASME MIELODISPLAZICE

Tabelul nr. 2

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

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

NOTĂ:

Este obligatoriu ca același furnizor să efectueze și să contracteze minimum panelul de teste prin imunofenotipare.

III. SINDROAME MIELOPROLIFERATIVE CRONICE

Tabelul nr. 3

	Tip testare	Tip probă	Precizări
1. Leucemie mieloidă cronică	Citogenetic și FISH BCR ABL	aspirat medular	Se efectuează la diagnostic.
	Biologie moleculară: PCR calitativ — BCR ABL	sânge periferic	Se efectuează la diagnostic, dacă se confirmă, se trece la testarea cantitativă RT-qPCR.
	Citogenetic și FISH BCR ABL	aspirat medular	Se efectuează la pierderea răspunsului.

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

NOTĂ:

Același furnizor poate să efectueze și să contracteze unul sau mai multe paneluri de testare.

IV. SINDROAME LIMFOPROLIFERATIVE CRONICE

Tabelul nr. 4

	Tip testare	Tip probă	Precizări
Mielom multiplu	Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine Mielom multiplu (16 markeri*)	aspirat medular	Se efectuează la diagnostic și pentru monitorizarea bolii minime reziduale.
	FISH selecție CD138 Panel mutații genetice mielom multiplu: TP53, CKS1B/CDKN2C (P18), IGHbp, urmată de utilizarea a încă 3 sonde în a doua etapă: CCND1::IGH t(11;14); IGH::MAF v2t(14;16); IGH::FGFR3t(4;14) 4—6 sonde	aspirat medular	Se efectuează la diagnostic/la recădere.
Alte sindroame limfoproliferative cronice	Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine LLC/limfoproliferare B/T (16 markeri*)	aspirat medular/sânge periferic	Se efectuează la diagnostic.
	FISH – Panel prognostic LLC/limfoproliferare B/T (pentru LLC del 17p și 11q)	sânge periferic/aspirat medular	Se efectuează după confirmarea diagnosticului și la recădere.
	Biologie moleculară secvențiere (convențională/NGS) Panel prognostic LLC/limfoproliferare B/T (pentru LLC mutație TP 53) pentru LLC Status mutațional al genelor ce codează regiunea variabilă a lanțurilor grele de imunoglobuline (IGHV)	sânge periferic/aspirat medular	Se efectuează după confirmarea diagnosticului de limfoproliferare cronică.

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

NOTĂ:

Același furnizor poate să efectueze și să contracteze unul sau mai multe paneluri de testare.

Indicatori de evaluare:**1. indicatori fizici:**

- a) număr de bolnavi cu leucemie acută și neoplasme mielodisplazice beneficiari de servicii prin imunofenotipare/an: 1.220;
- b) număr de bolnavi cu sindroame limfoproliferative cronice beneficiari de servicii prin imunofenotipare/an: 2.800;
- c) număr de bolnavi cu leucemie acută, neoplasme mielodisplazice, leucemie mieloidă cronică, sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ beneficiari de servicii prin examen citogenetic și FISH/an: 4.480;
- d) număr de bolnavi cu mielom multiplu beneficiari de servicii prin examen FISH/an: 800;
- e) număr de bolnavi cu leucemie acută, sindrom limfoproliferativ cronic, sindrom hipereozinofilic beneficiari de servicii prin examen FISH/an: 2.132;
- f1) număr de bolnavi cu leucemie mieloidă cronică beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară BCR-ABL calitativ/an: 2.000;
- f2) număr de bolnavi cu leucemie mieloidă cronică beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară BCR-ABL cantitativ/an: 2.000;
- g) număr de bolnavi cu leucemie mieloidă cronică beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară pentru detecția mutațiilor în gena BCR-ABL/an: 300;
- h) număr de bolnavi cu leucemie acută, neoplasme mielodisplazice, sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ, mastocitoză sistemică, sindrom hipereozinofilic, sindrom limfoproliferativ cronic beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară RT-qPCR/an: 6.070;
- i) număr de bolnavi cu leucemie acută, neoplasme mielodisplazice, sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ, sindrom limfoproliferativ cronic beneficiari de servicii prin examen de biologie moleculară NGS/an: 2.920;

2. indicatori de eficiență:

- a) tarif/serviciu prin imunofenotipare/bolnav cu leucemie acută/neoplasm mielodisplazic: 2.000 de lei;
- b) tarif/serviciu prin imunofenotipare/bolnav cu sindroame limfoproliferative cronice: 800 de lei;
- c) tarif/serviciu prin examen citogenetic și FISH/bolnav cu leucemie acută/neoplasme mielodisplazice/leucemie mieloidă cronică/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ: 1.200 de lei;
- d) tarif/serviciu prin examen FISH/bolnav cu mielom multiplu: 2.000 de lei;
- e) tarif/serviciu prin examen FISH/bolnav cu leucemie acută/sindrom limfoproliferativ cronic/sindrom hipereozinofilic: 1.000 de lei;
- f1) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCR-ABL calitativ/bolnav cu leucemie mieloidă cronică: 200 de lei;
- f2) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCR-ABL cantitativ/bolnav cu leucemie mieloidă cronică: 1.000 de lei;
- g) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară calitativ/RT-qPCR/bolnav cu leucemie acută/neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/mastocitoză sistemică, sindrom hipereozinofilic/sindrom limfoproliferativ cronic: 1.000 de lei;
- h) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvențiere convențională sau NGS/bolnav cu leucemie mieloidă cronică pentru detecția mutațiilor BCR-ABL în caz de pierdere a răspunsului: 1.500 de lei;
- i) tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvențiere convențională sau NGS/bolnav cu leucemie acută/neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/sindrom limfoproliferativ cronic: 4.000 de lei.

NOTĂ:

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

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

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

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

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

4. În situația în care furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se transmite proba este diferit de unitatea sanitară care a diagnosticat inițial bolnavul cu afecțiune hematologică malignă care face obiectul testărilor, acesta solicită unității sanitare transmiterea probei/probelor biologice de testat, conform specificațiilor preanalitice puse la dispoziție de către furnizorul ales de către medicul curant, cu acordul bolnavului/aparținătorului acestuia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Natura cheltuielilor subprogramului:

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

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.”

26. La capitolul IX titlul „Programul național de oncologie”, „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Activități

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

Criterii de eligibilitate a bolnavilor oncologici

a) **Criterii de includere pentru:** bolnavi cu afecțiuni oncologice, la recomandarea comisiei oncologice multidisciplinare instituționale/regionale, conform ghidurilor naționale/instituționale de tratament în vigoare. Comisia oncologică multidisciplinară este formată dintr-un medic în specialitatea oncologie medicală, cel puțin un medic în specialitatea radioterapie, medicul curant al bolnavului și medici din alte specialități medicale, chirurgicale, specialități paraclinice, medici specialiști cu competență/atestat în îngrijiri paliative, după caz.

b) **Criterii de întrerupere:** întreruperea tratamentului prin radioterapie poate fi propusă de către medicul radioterapeut curant în următoarele situații: decizia bolnavului, evoluția bolii sub tratament, apariția de efecte secundare sau complicații acute ale tratamentului care pun în pericol viața bolnavului. În caz de întrerupere a radioterapiei din cauza unor defecțiuni ale sistemelor de administrare sau monitorizare a radioterapiei, unitatea sanitară în care s-a început radioterapia va identifica și propune pacientului soluții adecvate pentru compensarea prelungirii radioterapiei, continuarea radioterapiei în timp util, la nevoie, cu adaptarea fracționării și dozei totale în aceeași unitate sanitară sau la altă unitate sanitară aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate pentru derularea acestui subprogram.

c) Protocol de compensare a pauzelor neprevăzute ale radioterapiei

Radioterapia se derulează în mod clasic cu 1,8—2 Gy/fracție, 5 zile/săptămână, pentru câteva săptămâni consecutive, în funcție de localizarea și stadiul cancerului. În cazul apariției unor pauze neprevăzute în acordarea radioterapiei din motive ce țin de:

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

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

1. în cazul unei pauze în acordarea tratamentului cu o durată estimată de peste o săptămână, legată de o funcționare suboptimală a sistemului/sistemelor de administrare a radioterapiei, unitatea sanitară care are pacientul în tratament se

va adresa către o altă unitate sanitară, aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate pentru derularea acestui subprogram, aleasă în mod liber de pacient, care să administreze radioterapia corespunzătoare în conformitate cu ghidurile de tratament;

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

- a) hipofracționare, în zile lucrătoare;
- b) fracționare accelerată, în zile lucrătoare;
- c) normofracționare, în zile nelucrătoare (sâmbăta/duminică/sărbători legale);
- d) suplimentarea cu o doză de iradiere cu aceeași fracționare, echivalentă pauzei, cu prelungirea etalării, în zile lucrătoare;
- e) combinații între precedentele;

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

Indicații de tratament prin radioterapie:

a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj:

- 1. tumori cutanate primare (carcinom bazocelular/spinocelular) sau secundare (noduli de permeație, metastaze cutanate/subcutanate în tranzit);
- 2. stadii incipiente de carcinoame scuamoase vulvare, peniene sau de margine anală;
- 3. ganglioni maligni superficiali (cervicali, supraclaviculari, axilari, inghinali, popliteali) de dimensiuni < 3 cm;
- 4. metastaze subcutanate sau osoase superficiale (costale, claviculare, sternale, calotă, sacrate inferioare sau cocciene).

b) Radioterapie cu accelerator liniar 2D:

- b.1) tratamente paliative sau simptomatice;
- b.2) tratamente cu intenție curativă — strict la bolnavi selecționați la care riscul de toxicitate radioindusă este mic și nu ar fi semnificativ scăzut suplimentar printr-o tehnică 3D [vezi mai jos pct. c)].

c) Radioterapie cu accelerator liniar 3D:

- c.1) tratamente cu intenție curativă (toate localizările);
- c.2) paliative/tratamente simptomatice, toate localizările, exceptând situațiile de la pct. b.2).

d) Radioterapie cu modularea intensității (IMRT):

- d.1) cancerele pediatrice;
- d.2) în toate situațiile în care se poate documenta o distribuție mai favorabilă a dozei față de radioterapia 3D conformațională, privind volumele-țintă și/sau organele de risc pentru o toxicitate radioindusă severă: cancerul sferei ORL, cancerul de prostată, tumori ale sistemului nervos central, cancer mamar, cancer digestiv (esofag, stomac, pancreas, rect, canal anal), cancer traheo-bronho-pulmonar cu intenție curativă, sarcoame osoase sau de părți moi, limfoame, cancer rare cu indicație de radioterapie;
- d.3) iradierea recidivelor în teritoriul anterior iradiat.

e) Brahiterapie:

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

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

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

f) Radioterapie stereotactică (SBRT):

1.1. indicații de cancer nonmetastatic cu intenție curativă, ca alternativă față de chirurgia radicală la cazurile care refuză chirurgia radicală sau sunt inoperabile prin contraindicații medicale (risc anestezic major) sau prin extensia bolii:

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

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

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

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

1.1.5. cancer de pancreas nonmetastatic;

1.1.6. meningioame operate subtotal sau inoperabile prin extindere, topografie sau contraindicații anestezeice;

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

NOTĂ:

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

g) Iradierea corporală totală sau derivate:

1. iradiere corporală/medulară totală în vederea realizării transplantului medular;

2. iradiere cutanată totală a pacientului cu limfom cutanat extensiv.

NOTĂ:

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

Indicatori de evaluare:**1. indicatori fizici:**

a) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu ortovoltaj/an: 189;

b) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 2D/an: 185;

c) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie cu accelerator liniar 3D/an: 3.723;

d) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie IMRT/an: 22.791;

e) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin brahiterapie/an: 1.834;

f) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin radioterapie stereotactică/an: 1.500;

g) număr de bolnavi cu afecțiuni oncologice tratați prin iradiere corporală totală sau cranio-spinală/an: 40;

2. indicatori de eficiență:

a) tarif/serviciu de radioterapie cu ortovoltaj: 29 de lei;

b) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 2D: 180 de lei;

c) tarif/serviciu de radioterapie cu accelerator liniar 3D: 320 de lei;

d) tarif/serviciu de radioterapie IMRT adulți: 640 de lei;

e) tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii fără anestezie: 759 de lei;

f) tarif/serviciu de radioterapie IMRT copii cu anestezie: 1.842 de lei;

g) tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei;

h) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi adulți: 3.212 lei;

i) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie: 3.270 de lei;

j) tarif/serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie: 4.352 de lei;

k) tarif/serviciu de iradiere corporală totală adulți fără anestezie: 2.560 de lei;

l) tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio-spinală copii fără anestezie: 2.560 de lei;

m) tarif/serviciu de iradiere corporală totală sau cranio-spinală copii cu anestezie: 3.642 de lei.

Natura cheltuielilor subprogramului

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

Unități care derulează subprogramul:

a) unitățile sanitare publice cu structuri de profil;

b) unități sanitare private autorizate/avizate și evaluate în condițiile legii;

c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie care au structuri de profil.”

27. La capitolul IX titlul „Programul național de oncologie”, „Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne

Activități:

— Testarea profilului molecular și/sau citogenetic al bolnavilor copii și adulți diagnosticați cu neuroblastom, sarcom Ewing, rabdomiosarcom, retinoblastom și tumori primare ale sistemului nervos central, în vederea stabilirii deciziei terapeutice adaptate la forma histologică, precum și la comportamentul biologic tumoral în funcție de prezența/absența unor anomalii genetice.

Criterii de includere:

— bolnavi copii și adulți cu diagnostic de tumori solide: neuroblastom, sarcom Ewing, rabdomiosarcom, retinoblastom, tumori primare ale sistemului nervos central.

I. NEUROBLASTOM**a) Servicii de testare****Tabelul nr. 1**

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

b) Indicatori de evaluare:**1. indicatori fizici:**

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru neuroblastom/an: 30;

2. indicatori de eficiență:

— tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru neuroblastom (3 testări): 2.103 lei.

NOTĂ:

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

II. SARCOM EWING**a) Servicii de testare****Tabelul nr. 2**

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	EWS1	FISH	Bloc parafină	Se testează toți pacienții nou-diagnosticați cu sarcom Ewing.

b) Indicatori de evaluare:**1. indicatori fizici:**

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru sarcom Ewing/an: 40;

2. indicatori de eficiență:

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

NOTĂ:

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

III. RABDOMIOSARCOM**a) Servicii de testare****Tabelul nr. 3**

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

* Se poate efectua și deconta maximum un set IHC/bolnav cu diagnostic prezumtiv de rabdomiosarcom într-un interval de 12 luni.

** Se poate efectua și deconta o singură testare FISH/bolnav doar în situația în care pe panelul de teste nr. 1 se confirmă diagnosticul de rabdomiosarcom.

NOTĂ:

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

b) Indicatori de evaluare:**1. indicatori fizici:**

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru rabdomiosarcom/an: 20;

2. indicatori de eficiență:

— tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom — IHC: 240 de lei;

— tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom — FISH: 701 lei.

NOTĂ:

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

IV. RETINOBLASTOM

a) Servicii de testare

Tabelul nr. 4

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

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

b) Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru retinoblastom/an: 10;

2. indicatori de eficiență:

— tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică prin IHC pentru retinoblastom: 240 de lei.

NOTĂ:

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

V. TUMORI PRIMARE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

a) Servicii de testare

Tabelul nr. 5

	Teste*	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	1. OLI2 2. S100 3. GFAP 4. KI67 5. CD34 6. ATRX 7. MGMT 8. IDH1 9. p53 10. BRAF p.V600e 11. EMA 12. H3 p.K28M (K27M) 13. H3 p.K28me3 (K27me3) 14. EZHIP 15. MAP2 16. SOX10 17. p16 18. CHROMOGRANINA A 19. SINAPTOFIZINA 20. NSE 21. L1CAM 22. SMARCB1 (INI1) 23. SMARCA4 (BRG1) 24. MYC 25. TERT 26. NeuN 27. NEUROFILAMENT 28. YAP1 29. GAB1 30. ALK 31. TTF1 32. BETA-CATENIN 33. LIN28A 34. NTRK1,2,3 35. BCOR	IHC**	Bloc parafină	Se testează toți bolnavii diagnosticați cu tumori primare ale sistemului nervos central.

	Teste*	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 2	1. MYB sau MYBL1 2. 1p/19q codeletion 3. CDKN2A/B deletion 4. ZFTA 5. H3G34 6. MYCN 7. MYC 8. MAPK 9. FGFR1,2,3 10. NTRK1,2,3 11. PDGFRA 12. EGFR 13. TERT 14. IDH1/2 15. C19MC 16. DICER1 17. FOXR2 18. NF1	FISH	Bloc parafină	Se testează bolnavii diagnosticați cu tumori primare ale sistemului nervos central după testarea IHC și doar dacă profilul histologic al tumorii impune identificarea anomaliilor genetice prin FISH***.

* Tipurile de teste vor fi identificate de către medicul anatomopatolog în funcție de profilul histologic al tumorii.

** Se pot efectua și deconta maximum 2 testări IHC/bolnav într-un interval de 12 luni.

*** Se poate efectua și deconta o singură testare FISH/bolnav pe răspunderea medicului anatomopatolog.

NOTĂ:

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

b) Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central/an: 65;

2. indicatori de eficiență:

— tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central — panel de teste nr. 1: 240 de lei/set, maximum 2 seturi/pacient, 1 set conține 1—4 teste;

— tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central — panel de teste nr. 2: 701 lei.

NOTĂ:

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

Metodologia de transmitere a probei și a rezultatului la testare pentru serviciile de testare prevăzute în tabelele nr. 1—5

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea serviciilor de testare prevăzute în tabelele nr. 1—5, medicul în specialitățile oncologie medicală, oncologie-hematologie pediatrică sau medicii din specialitatea pediatrie cu atestat/competență în oncologie pediatrică/hematologie și oncologie pediatrică, denumit în continuare *medic curant*, va întocmi un referat de solicitare a stabilirii profilului molecular, denumit în continuare *referat de testare*. Modelul de referat de testare este prevăzut în anexa nr. 10.

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

3. Bolnavul/Aparținătorul acestuia, după caz, se adresează/transmite referatul de testare unui furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. Bolnavul/Aparținătorul acestuia, după caz, are dreptul să aleagă furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea, dintre furnizorii aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate care derulează subprogramul de diagnostic în tumori solide.

4. În situația în care furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se adresează bolnavul este diferit de unitatea sanitară care a diagnosticat inițial bolnavul cu tumorile solide ce fac obiectul testărilor în baza unei examinări anatomopatologice și a emis buletinul de examinare histopatologică aferent, acesta solicită unității sanitare transmiterea probei (bloc de parafină), însoțită de buletinul de examinare histopatologică.

5. Rezultatul testării se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea, atât bolnavului/aparținătorului acestuia, după caz, cât și medicului curant:

5.1. în maximum 5 zile lucrătoare, pentru testările IHC:

5.1.1. de la primirea probei pentru situația prevăzută la pct. 3.

5.1.2. de la primirea referatului de testare, în situația în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este același cu cel care emis buletinul de examinare histopatologică;

5.2. în maximum 10 zile lucrătoare pentru testările FISH:

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

5.2.2. de la primirea referatului de testare, în situația în care furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea este același cu cel care emis buletinul de examinare histopatologică;

5.2.3. de la transmiterea rezultatului pentru testarea IHC, pentru serviciile de testare prevăzute în tabelele nr. 3 și 5.

Natura cheltuielilor subprogramului:

— servicii pentru testarea profilului molecular aferent neuroblastomului, sarcomului Ewing, rhabdomiosarcomului, retinoblastomului și tumorilor primare ale sistemului nervos central, în scopul evaluării preterapeutice, stabilirea protocolului de tratament adecvat agresivității tumorii și al tratamentului țintit, după caz.

Unități care derulează subprogramul

a) Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale «Victor Babeș» București;

b) Institutul Oncologic «Prof. Dr. I. Chiricuță» Cluj-Napoca.”

28. La capitolul IX titlul „Programul național de oncologie”, după „Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți”

se introduce un nou subprogram, „Subprogramul național de testare genetică”, cu următorul cuprins:

„Subprogramul național de testare genetică

Activități:

— Testarea profilului molecular al bolnavilor diagnosticați cu anumite tumori solide maligne, în vederea asigurării tratamentului personalizat aferent medicamentelor incluse în Lista de medicamente aprobată prin hotărâre a Guvernului sau

pentru care au fost emise decizii de includere condiționată în Listă și DAPP și-au exprimat disponibilitatea pentru negocierea și încheierea unor contracte cost-volum/cost-volum-rezultat.

Criterii de includere:

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

I. CANCER COLORECTAL LOCAL AVANSAT SAU METASTAZAT

a) Servicii de testare

Tabelul nr. 1

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

* Furnizorii de servicii medicale care efectuează testarea contractează pentru cancerul colorectal local avansat sau metastazat obligatoriu toate testările cuprinse în panelul de teste prevăzut în tabelul nr. 1.

** Pentru situațiile în care NTRK este pozitiv prin IHC, confirmarea fuziunilor NTRK se face prin PCR sau FISH sau NGS, pe cheltuiiala furnizorului, fiind o obligație a acestuia.

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

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

2. indicatori de eficiență:

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

NOTA Nr. 1

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

NOTA Nr. 2

Actualizarea panelului de teste se va realiza în funcție de actualizarea Listei de medicamente aprobate prin hotărâre a Guvernului, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

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

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea serviciului de testare prevăzut în tabelul nr. 1 medicul în specialitatea oncologie medicală va întocmi un referat de solicitare a stabilirii profilului molecular, denumit în continuare *referat de testare*. Modelul de referat de testare este prevăzut în anexa nr. 10¹.

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

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

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

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

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

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

II. CANCER OVARIAN LOCAL AVANSAT ȘI METASTAZAT

a) Servicii de testare

Tabelul nr. 2

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

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

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

Indicatori de evaluare:**1. indicatori fizici:**

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat/an: 1.241;

— număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat/an — panel de teste nr. 3: 450;

2. indicatori de eficiență:

— tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat — panelul de teste nr. 1: 2.950 de lei;

— tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat — panelul de teste nr. 2: 2.700 de lei;

— tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat — panelul de teste nr. 3: 7.500 de lei.

NOTA Nr. 1

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

NOTA Nr. 2

Actualizarea panelului de teste se va realiza în funcție de actualizarea listei de medicamente aprobate prin hotărâre a Guvernului, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

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

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea panelului de teste nr. 1 sau panelului de teste nr. 3 medicul în

specialitatea oncologie medicală va întocmi un referat de testare. Modelul de referat de testare este prevăzut în anexa nr. 10¹.

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

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

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

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

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

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

6. În situația în care rezultatul la testarea BRCA 1 și 2 pe panelul de teste nr. 1 este neconcludentă (fără mutații BRCA 1 și 2), serviciul de testare aferent panelului de teste nr. 2 din tabelul nr. 2 se realizează pe răspunderea medicului anatomopatolog, iar rezultatul la testare se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea atât bolnavului/aparținătorului acestuia, după caz, cât și medicului în

III. CANCER BRONHOPULMONAR, ALTUL DECÂT CEL CU CELULE MICI (NSCLC)

a) Servicii de testare

Tabelul nr. 3

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	Diagnostic de certitudine a cancerului bronhopulmonar NSCLC	IHC*	Bloc parafină	
Panelul de teste nr. 2	EGFR — mutații (exonii de la 18 la 21)+ALK+ROS-1+ NTRK fuziuni +RET-fuziuni	NGS	Bloc parafină (țesut)	Se testează pacienții nou-diagnosticați cu NSCLC — nonscuamos și scuamos nefumători, în stadiul metastatic sau local avansat.
	PD-L1	IHC**	Bloc parafină	
Panelul de teste nr. 3	PD-L1	IHC**	Bloc parafină	Se testează pacienții nou-diagnosticați cu NSCLC scuamos fumători, în stadiul metastatic sau local avansat.
Panelul de teste nr. 4	EGFR — mutații (exonii de la 18 la 21)	PCR	Bloc parafină	Se testează pacienții nou-diagnosticați cu NSCLC, în stadii operabile, după rezecția completă.
	ALK	IHC		
	PD-L1	IHC**		
Panelul de teste nr. 5	Mutația T790M	PCR/NGS	Plasmă	Se testează pacienții NSCLC EGFR+, local avansat sau metastazat, după terapia anterioară cu alți inhibitori EGFR.

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

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

NOTE:

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

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

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

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

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

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

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

2. Medicul în specialitatea oncologie medicală, pneumologie, chirurgie toracică, precum și medicul anatomopatolog care a efectuat examenul histopatologic pot să întocmească referatul

specialitatea oncologie medicală, în maximum 10 zile lucrătoare de la recoltarea probei biologice. Furnizorul care efectuează testarea aferentă panelului de teste nr. 2 are obligația de a solicita pacientului să se prezinte în vederea recoltării probei biologice în maximum 5 zile lucrătoare de la comunicarea rezultatului prevăzut la pct. 5.

de testare numai dacă se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

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

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

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

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

b2) Efectuarea panelului de testare nr. 5

1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea panelului de testare nr. 5 medicul în specialitatea oncologie medicală va întocmi un referat de testare. Modelul de referat este prevăzut în anexa nr. 10¹.

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

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

4. Rezultatul testării panelului de testare nr. 5 se transmite de către furnizorul de servicii medicale care a efectuat testarea atât bolnavului, cât și medicului care a întocmit referatul de testare, în maximum 10 zile lucrătoare de la recoltarea probei de sânge de către furnizor.

c) Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

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

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

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

IV. CANCER DE SÂN

a) Servicii de testare

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

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

2. indicatori de eficiență:

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

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

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

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

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

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

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

NOTA Nr. 1

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

NOTA Nr. 2

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

Tabelul nr. 4

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

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

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

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

NOTE:

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

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

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

b.1) Efectuarea panelului de testare nr. 1

1. Pentru efectuarea panelului de testare nr. 1, medicul în specialitatea oncologie medicală, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, în situația în care furnizorul la care acesta își desfășoară activitatea nu a contractat panourile de testare nr. 1 și 2 pentru bolnavii eligibili care necesită testare în vederea inițierii tratamentului personalizat, va întocmi un referat de testare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 10¹.

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

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

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

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

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

b.2) Efectuarea panelului de testare nr. 2

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

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

b.3) Efectuarea panelului de testare nr. 3

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

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

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

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

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

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

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

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

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

2. indicatori de eficiență:

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

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

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

NOTA Nr. 1

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

NOTA Nr. 2

Actualizarea panourilor de teste se va realiza în funcție de actualizarea listei de medicamente aprobate prin hotărâre a Guvernului, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Natura cheltuielilor subprogramului:

— servicii pentru testarea profilului molecular al tumorilor solide maligne: cancer colorectal local avansat sau metastazat, cancer ovarian local avansat și metastazat, cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC), cancer de sân.”

29. La capitolul IX titlul „Programul național de diabet zaharat” subtitlul „Indicatori de evaluare” punctul 2) „indicatori de eficiență”, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) **tarif/serviciu de dozare de hemoglobină glicozilată HbA1c: 38 de lei;**”.

30. La capitolul IX, „Programul național de sănătate mintală” se modifică și va avea următorul cuprins:

„PROGRAMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Obiective:

a) asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicod dependență, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia;

b) acordarea serviciilor conexe persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;

c) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu tulburare depresivă majoră.

Structură:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicod dependență, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor;

2. Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;

3. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu tulburare depresivă majoră.

Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodependență, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor

Activități

- a) asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodependență;
- b) testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului.

Criterii de eligibilitate:

1. **Pentru tratamentul de substituție cu agoniști de opiacee:**

Criterii de includere a bolnavilor:

- a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal;
- b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependență de opiacee;
- c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină.

Criterii de orientare pentru includerea în tratamentul de substituție:

- a) afirmativ încercări repetate de întrerupere a consumului;
- b) comportament de consum cu risc;
- c) HIV/SIDA;
- d) femei însărcinate;
- e) comorbidități psihiatrice;
- f) comorbidități somatice;
- g) polidependență.

Criterii de excludere a bolnavilor:

- a) nerespectarea îndeplinirii recomandărilor medicale primite pe parcursul programului;
- b) nerespectarea regulamentului de organizare internă al furnizorului de servicii medicale;
- c) refuzul de a se supune testării pentru depistarea prezenței drogurilor sau metaboliților acestora în urină ori de câte ori se solicită de către medicul său curant;
- d) comportamente agresive fizice ori verbale;
- e) falsificarea de rețete sau orice alt tip de document medical;
- f) consumul și traficul de droguri în incinta centrelor de tratament;
- g) înscrierea simultană la mai multe unități sanitare care derulează programul de tratament de substituție.

2. **Pentru tratamentul de substituție cu antagoniști de opiacee (naltrexonă):**

Criterii de includere a bolnavilor:

- a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare și doar cu consimțământul scris al reprezentantului legal;
- b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependență de opiacee;
- c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină, urmat de o perioadă de abinență între 7 și 14 zile;
- d) declarația bolnavului pentru abinența totală la opiacee pe termen lung, cu semnarea unui consimțământ informat asupra riscurilor și beneficiilor tratamentului cu naltrexonă.

Criterii de excludere a bolnavilor:

- a) test pozitiv de opiacee;
- b) semne și simptome clinice de consum recent de opiacee;
- c) semne clinice și paraclinice de citoliză hepatică.

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi în tratament substitutiv/an: 1.282;
- b) număr de teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor/an: 13.238;

2. indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu tratament de substituție/an: 2.074 de lei;
- b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină/an: 10 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru tratamentul de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodependență;
- cheltuieli pentru teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel;
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca — Secția clinică psihiatrie III acuți — Compartiment toxicomanie;
- c) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca — Secția toxicomanie copii;
- d) Spitalul Clinic de Psihiatrie «Al. Obregia» București;
- e) Centrul de evaluare și tratament al toxicodependențelor tineri «Sfântul Stelian» București;
- f) Institutul Național de Boli Infecțioase «Prof. Dr. Matei Balș» București;
- g) Penitenciarul Spital Rahova.

NOTĂ:

Implementarea activităților din cadrul Programului național de sănătate mintală se realizează cu respectarea metodologiilor elaborate de către Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, cu avizul Comisiei de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a Ministerului Sănătății.

Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Activități

— acordarea serviciilor conexe actului medical pentru persoanele (adulti și copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv servicii de psihoterapie și/sau consiliere psihologică clinică și/sau consiliere/intervenție de psihopedagogie specială-logopedie prin utilizarea de intervenții validate științific în tulburări din spectrul autist, inclusiv elaborarea unui plan de intervenție personalizat pentru fiecare bolnav care să conțină cel puțin elementele prevăzute în anexa nr. 15¹, pentru fiecare tip de serviciu acordat, la inițierea terapiei și la evaluările efectuate din 6 în 6 luni; timpul alocat întocmirii unui plan de intervenție personalizat este de 2 ședințe pentru fiecare bolnav și pentru fiecare tip de serviciu din cuantumul numărului maxim de ședințe de psihoterapie și/sau consiliere psihologică clinică și/sau consiliere/intervenție de psihopedagogie specială-logopedie de care poate beneficia un bolnav în decursul unei luni.

NOTĂ:

Numărul maxim de ședințe de psihoterapie și/sau consiliere psihologică clinică și/sau consiliere/intervenție de psihopedagogie specială-logopedie de care poate beneficia un bolnav care îndeplinește criteriile de eligibilitate pentru acordarea acestor servicii conexe este de 40/42/44/lună, după caz.

Criterii de eligibilitate:

Persoanele (adulti și copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de către medicul psihiatru/psihiatru pediatru

Criterii de excludere:

Lipsa de compliantă a persoanelor (adulti și copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist la serviciile conexe actului medical acordate în cadrul acestui subprogram, constatată către medicul psihiatru/psihiatru pediatru, psiholog/logoped, după caz

Indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

- a) număr de copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist beneficiari de servicii conexe/an: 13.471;
- b) număr de adulti diagnosticați cu tulburări din spectrul autist beneficiari de servicii conexe/an: 2.660;

2. indicatori de eficiență:

— tarif/ședință de psihoterapie/de consiliere psihologică clinică/de consiliere sau intervenție de psihopedagogie specială-logopedie: 135 de lei

NOTĂ:

Durata ședinței de psihoterapie/de consiliere psihologică clinică/de consiliere sau intervenție de psihopedagogie specială-logopedie este de 50 de minute.

Natura cheltuielilor subprogramului:

— cuprinde toate cheltuielile necesare realizării serviciilor conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv serviciilor de psihoterapie și/sau consiliere psihologică clinică și/sau consiliere/intervenție de psihopedagogie specială-logopedie prin utilizarea de intervenții validate științific în tulburări din spectrul autist, inclusiv întocmirea planului de intervenție personalizat pentru fiecare bolnav și tip de serviciu, precum și documentele eliberate în strânsă legătură și în vederea efectuării serviciului conex respectiv.”

31. La capitolul IX titlul „Programul național de ortopedie”, subtitlul „Activități” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Activități

— asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecțiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare primare și de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic și ciment ortopedic cu/fără antibiotic, asigurarea endoprotezelor articulare tumorale specifice tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală, pentru tratamentul prin implant segmentar de coloană al bolnavilor cu diformități de coloană pentru prevenirea insuficienței cardio-respiratorii, precum și pentru tratamentul prin chirurgie spinală pentru bolnavii cu patologie tumorală degenerativă sau traumatică, pentru tratamentul copiilor cu malformații grave vertebrale care necesită instrumentație specifică, asigurarea de implanturi de fixare pentru tratamentul instabilităților articulare cronice și asigurarea materialelor sanitare specifice pentru corectarea inegalităților și diformităților membrelor la copil;

— obligativitatea unităților sanitare de a comunica datele către Registrul național de endoprotezare conform formularelor standardizate cu caracter de obligativitate în cadrul RNE.”

32. La capitolul IX titlul „Programul național de ortopedie” subtitlul „Criterii de eligibilitate”, după punctul 7) „Tratamentul instabilităților articulare cronice la copil, prin implanturi de fixare” se introduce un nou punct, punctul 8), cu următorul cuprins:

„8) Tratamentul prin corectarea inegalităților și diformităților membrelor la copil:

— pacienți sub 18 ani cu inegalitate de membre congenitală sau dobândită mai mare de 2 cm;

— pacienți sub 18 ani cu inegalități sau/și deviații de membre care produc afectarea calității vieții;”

33. La capitolul IX titlul „Programul național de ortopedie” subtitlul „Indicatori de evaluare” punctul 1) „indicatori fizici”, după litera j) se introduce o nouă literă, lit. k), cu următorul cuprins:

„k) număr de copii cu corectarea inegalității/diformități de membre/an: 40.”

34. La capitolul IX titlul „Programul național de ortopedie” subtitlul „Indicatori de evaluare” punctul 2) „indicatori de eficiență”, după litera j) se introduce o nouă literă, lit. k), cu următorul cuprins:

„k) cost mediu/copil cu inegalitate/diformități de membre tratat/an: 125.160 de lei.”

35. La capitolul IX titlul „Programul național de ortopedie”, subtitlul „Natura cheltuielilor programului” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Natura cheltuielilor programului:

— cheltuieli materiale sanitare specifice: necesare endoprotezării primare și de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic și ciment ortopedic cu/fără antibiotic, tratamentul bolnavilor cu pierderi

osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală, tratamentului prin instrumentație segmentară de coloană, tratamentului prin chirurgie spinală, tratamentului copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică, tratamentului instabilității articulare pentru prevenirea degenerării articulare utilizând implanturi de fixare și tratamentului prin corectarea inegalităților și diformităților membrelor la copil.”

36. La capitolul IX titlul „Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică”, subtitlul „Criterii de eligibilitate:” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Criterii de eligibilitate:

— bolnavi cu insuficiență renală cronică în stadiul uremie, care necesită tratament substitutiv renal (FG < 15 mL/min/1,73 mp).

Hemodiafiltrarea intermitentă online este indicată următoarelor categorii de bolnavi:

a) la care țintele de eficiență a dializei ($eKt/V \geq 1,4$ sau fosfatemie < 5,5 mg/dl) nu pot fi atinse timp de 3 luni consecutive;

b) tineri cu probabilitate mare de supraviețuire îndelungată prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal, din cauza comorbidităților asociate;

c) cu polineuropatie «uremică» care nu a putut fi corectată prin tratament corect prin hemodializă convențională;

d) cu comorbidități cardiovasculare majore, diabet zaharat cu complicații sau obezitate severă.

Dializa peritoneală automată este indicată următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

a) la care țintele de eficiență a dializei peritoneale ambulatorii ($Kt/V \text{ uree} > 1,7$; clearance creatinină > 60 L/săptămână/1,73 m²; ultrafiltrat < 1.000 ml/24 de ore, absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu sunt atinse timp de 3 luni consecutive;

b) copii preșcolari, la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificile și grevate de posibile accidente și complicații;

c) care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din cauza asocierii herniilor sau evențrațiilor abdominale;

d) elevi, studenți sau persoane active din punct de vedere profesional;

e) cu dizabilități care îi împiedică să efectueze singuri schimburile peritoneale manuale, dar la care membrii familiei sau asistența la domiciliu pot face conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.”

37. La capitolul IX titlul „Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică”, subtitlul „Criterii de întrerupere a tratamentului prin dializă:” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Criterii de întrerupere a tratamentului prin dializă:

a) efectuarea cu succes a transplantului renal;

b) lipsa prezentării bolnavului la tratament sau dacă în termen de 30 de zile bolnavul nu poate fi contactat de către unitatea de dializă;

c) refuzul scris al bolnavului sau al reprezentanților lui legali, atunci când acesta nu are discernământ, de a continua tratamentul, însoțit de retragerea consimțământului informat cu privire la metoda de tratament;

d) indicație medicală: bolnavi care dezvoltă psihoze, neoplazii în stadiul terminal, la epuizarea posibilităților de acces vascular sau peritoneal, precum și în orice altă situație care face imposibilă continuarea tratamentului prin dializă;

e) decesul bolnavului.”

38. La capitolul IX titlul „Programul național de PET-CT”, subtitlul „Criterii de eligibilitate pentru monitorizarea bolii la bolnavii cu afecțiuni oncologice” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Criterii de eligibilitate pentru monitorizarea bolii la bolnavii cu afecțiuni oncologice

I. CRITERII DE ELIGIBILITATE pentru PET-CT cu [18F]-FDG pentru tumorile maligne solide ale adultului:

1. Cancere ale capului și gâtului (tumori ale sferei ORL):

a) identificarea tumorii primare la pacienți diagnosticați clinic cu adenopatie laterocervicală unică cu examen histopatologic pozitiv pentru malignitate și fără detecție a localizării primare prin consult de specialitate ORL complet (inclusiv fibroscopie) și alte metode imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.);

b) evaluarea răspunsului la tratament (la minimum 3—6 luni după radiochimioterapie) la pacienți;

c) diagnosticul diferențial al recidivei tumorale suspectate clinic, față de efectele locale ale radioterapiei;

d) stadializarea inițială, dacă celelalte investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente.

2. Cancerele tiroidiene și paratiroidiene

a) diagnosticul bolii reziduale sau al recidivei cancerului tiroidian cu nivele crescute de tiroglobulină și/sau antitireoglobulină și scintigrafie de corp întreg cu I-131 negativă;

b) evaluarea inițială/postchirurgicală a extensiei reale a cancerului tiroidian diferențiat cu histologie agresivă (componenta solidă, trabeculară, columnară, cu celule Hurthle, Whartin-like, celule înalte, difuz sclerozant, oncocitic) a cancerului tiroidian slab diferențiat, a cancerului tiroidian anaplazic;

c) diagnosticul bolii reziduale sau al recidivei carcinomului medular tiroidian tratat, asociat cu nivele crescute de calcitonină, cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT/IRM/scintigrafie) normale sau neconcludente;

d) cancerul paratiroidian în condiții de suspiciune de boală persistentă/recidivă cu PTH crescut și imagistică convențională negativă/neconcludentă.

3. Cancerul glandei mamare

a) evaluarea leziunilor multifocale sau a suspiciunii de recurență la pacienții cu sâni denși la examen mamografic, cu examen IRM al glandei mamare neconcludent;

b) diagnosticul diferențial al plexopatiei brahiale induse de tratament față de invazia tumorală la pacienți cu examen IRM echivoc sau normal;

c) evaluarea extensiei reale a bolii la pacienții cu tumori avansate loco-regional — categoria T3 sau T4 și/sau afectarea ganglionilor regionali (N pozitiv), precum și la pacienții cu forme agresive ale cancerului glandei mamare: carcinom triplu negativ, grad diferențiere G3, valori crescute ale ki67 sau receptori hormonal — ER/PR negativi;

d) cazuri cu suspiciune de leziuni de recidivă sau metastaze la distanță și investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) neconcludente;

e) înlocuirea imagisticii standard la pacienții cu alergii la substanța de contrast.

4. Cancerul pulmonar fără celule mici (NSCLC)

a) evaluarea extensiei reale a bolii la pacienți considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală: în mod specific, pacienții cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT sau adenopatii mediastinale între 1 și 2 cm la examenul CT și pacienți cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze, cum ar fi mărirea de volum a glandei suprarenale;

b) caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni peste 8—10 mm, în cazul unei biopsii eșuate sau cu risc procedural crescut sau la pacienți cu comorbidități;

c) evaluarea răspunsului la tratamentul sistemic în cazurile la care se intenționează intervenție chirurgicală radicală;

d) evaluarea suspiciunii de recidivă sau de reluare a evoluției bolii atunci când celelalte evaluări imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente;

e) evaluarea inițială a extensiei reale a bolii la pacienți cu NSCLC în condițiile în care celelalte investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente.

5. Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC)

a) evaluarea inițială a extensiei reale a bolii la pacienți cu SCLC în condițiile în care celelalte investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) sunt neconcludente;

b) confirmarea recidivei atunci când celelalte mijloace diagnostice, inclusiv investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.), sunt neconcludente.

6. Mezoteliom malign (pleural sau peritoneal)

a) mezoteliom malign pleural/peritoneal, în vederea stabilirii indicației pentru intervenție chirurgicală cu viză curativă

7. Neoplazii timice (timom malign sau carcinom timic)

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în cazul pacienților considerați operabili, înaintea intervenției chirurgicale cu intenție curativă

8. Cancerul esofagian

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în cazul pacienților cu indicație de tratament cu viză curativă (chirurgical/radioterapie), atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;

b) evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM, scintigrafie etc.) neconcludente.

9. Cancerul gastric

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în cazurile cu indicație de tratament cu viză curativă, atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;

b) evaluarea suspiciunii de recidivă la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente.

10. Tumorile stromale gastrointestinale (GIST)

a) stabilirea indicației de tratament sistemic (adjuvant sau paliativ) la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viză curativă, la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;

c) evaluarea răspunsului la terapia sistemică.

11. Adenocarcinom pancreatic

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viză curativă la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă și investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente.

NOTĂ:

Aproximativ 30% din cazurile de adenocarcinom pancreatic pot să nu capteze FDG.

12. Carcinoamele colorectale

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea efectuării tratamentului cu viză curativă (chirurgical sau tratament țintit invaziv — de exemplu, SIRT) la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) diagnosticul recidivelor la pacienți cu markeri tumorali în creștere și/sau suspiciune clinică de recidivă cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;

c) evaluarea inițială a extensiei reale a afecțiunii în cancerul rectal;

d) evaluarea maselor tumorale presacrate posttratament în cancerul rectal;

e) evaluare după ablația metastazelor hepatice prin metode intervenționale minim invazive.

13. Carcinoamele ovariene

a) evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor creșteri consecutive ale CA 125, la paciente cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente;

b) evaluarea cazurilor cu suspiciune imagistică de recidivă, cu CA 125 normal.

14. Carcinoamele uterine

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii (la nivel regional — N1/2 versus N0 sau la distanța — M1 versus M0) în vederea tratamentului cu intenție de radicalitate;

b) suspiciune de recidivă de carcinom al colului uterin sau carcinom endometrial la paciente cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente.

15. Tumori ale celulelor germinale

a) diagnosticul recidivei afecțiunii la pacienții cu tumori nonseminomatoase sau seminomatoase, cu markeri tumorali crescuți sau în creștere și/sau cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) negative sau neconcludente;

b) evaluarea maselor reziduale postterapeutic la pacienții cu tumori nonseminomatoase sau seminom;

c) evaluarea inițială a extensiei reale a afecțiunii la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente.

16. Carcinoamele uroteliale

a) evaluarea extensiei reale regionale și la distanță a afecțiunii la pacienți cu carcinoame uroteliale invazive (vezică urinară/ureter/sistem pielocaliceal) considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală radicală, chimioradioterapie concomitentă sau radioterapie definitivă cu viză curativă în cazul în care investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente;

b) suspiciune de recidivă regională sau la distanță a unui carcinom urotelial invaziv, la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente.

17. Carcinoamele anale, vulvare și peniene

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea tratamentului cu intenție de radicalitate

18. Melanomul malign

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii în vederea tratamentului cu intenție de radicalitate sau înainte de tratamentul sistemic, la pacienți cu tumori primare cu invazie în profunzime mai mare de 0,8 mm sau ulcerare prezentă (indiferent de profunzimea invaziei) sau la pacienți cu ganglion santinelă pozitiv;

b) confirmarea răspunsului complet la terapia specifică.

19. Tumori cutanate nonmelanom

a) evaluarea carcinomului Merkel — stadializare;

b) evaluarea carcinomului Merkel — evaluare postterapeutică.

20. Tumori musculoscheletale

a) evaluarea inițială a extensiei reale a sarcoamelor de părți moi cu grad histologic înalt sau osteosarcoame, la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente;

b) evaluarea răspunsului la tratament în sarcoame cu grad înalt sau osteosarcoame, la pacienți cu investigații imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) neconcludente, în vederea tratamentului cu intenție curativă (chirurgical sau radioterapie).

21. Metastaze cu punct de plecare neprecizat

a) identificarea tumorii primare oculte atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanță (CT, IRM etc.) sunt neconcludente

II. LIMFOAME ȘI MIELOAME

22. Limfoame

a) stadializarea și restadializarea limfoamelor FDG averse, inclusiv limfomul indolent sau boala limfoproliferativă posttransplant (PTLD) preterapeutic;

b) evaluarea răspunsului la tratament utilizând criteriile Deauville și clasificarea Lugano;

c) suspiciune clinică înaltă de transformare a unui limfom într-o formă histologică mai agresivă, pentru identificarea unui site pentru biopsie;

d) evaluarea suspiciunii de recurență în limfoamele FDG averse;

e) înainte de transplantul medular pentru evaluarea bolii reziduale comparativ cu remisiunea și aprecierea indicației de transplant;

f) evaluarea posttransplant și post CAR-T;

g) histiocitoza la adult și alte boli rare proliferative cu celule ale sistemului imun — bilanț și monitorizare răspuns.

23. Mieloame

a) evaluarea pacienților nou-diagnosticați sau în caz de boală refractară sau recurentă;

b) pacienți cu plasmocitom solitar extramedular sau în caz de plasmocitom solitar cu localizare osoasă, dacă MRI corp întreg nu este disponibilă sau este contraindicată;

c) diagnostic diferențial între forma activă sau inactivă;

d) monitorizare postterapeutică.

III. INDICAȚII PEDIATRICE

24. Osteosarcoame și sarcoame Ewing

a) stadializare;

b) evaluarea răspunsului la tratament;

c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

25. Rabdomyosarcom și sarcoame de țesuturi moi nonrabdomyosarcom

a) stadializare;

b) evaluarea răspunsului la tratament;

c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice;

d) evaluarea suspiciunii de transformare malignă la pacienții cu neurofibroame plexiforme asociate neurofibromatozei tip 1.

26. Neuroblastom

a) stadializare inițială;

b) evaluarea răspunsului la tratament;

c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

27. Tumora Wilms și alte tumori renale maligne

a) stadializare;

b) evaluarea răspunsului la tratament;

c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

28. Histiocitoza cu celule Langerhans

a) evaluare preterapeutică;

b) evaluarea răspunsului la tratament;

c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

29. Tumori cu celule germinale cu localizări primare extracraniene

a) stadializare;

b) evaluarea răspunsului la tratament;

c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice.

30. Limfoame Hodgkin și nonHodgkin — aceleași criterii ca și la adult”

39. La anexa nr. 1 punctul II „Obiectul contractului”, 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 medicale

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

necesare în terapia în spital/în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, denumite în continuare *norme tehnice*.”

40. La anexa nr. 1 articolul 4 alineatul (1), literele b) 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 pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/materialelor sanitare/serviciilor medicale, conform normelor tehnice, contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă/calificată, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de acestea și în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/investigațiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate.”

41. La anexa nr. 1 articolul 5, litera u) se modifică și va avea următorul cuprins:

„u) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile medicale efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;”

42. La anexa nr. 1 articolul 7, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru serviciile medicale, unitatea sanitară prezintă în primele 15 zile ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi, valoarea serviciilor efectuate, tariful/serviciu medical, copii ale referatelor de solicitare a serviciilor medicale, după caz.”

43. La anexa nr. 1 articolul 8, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Decontarea contravalorii facturii prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice achiziționate, în condițiile legii, se realizează de către casa de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii acesteia, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, cu excepția serviciilor medicale pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.”

44. La anexa nr. 3 articolul 7, litera p) se modifică și va avea următorul cuprins:

„p) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice, în cel mult 10 zile, medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;”

45. La anexa nr. 3, articolul 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 8. — Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este:

a) **Programul național de diabet zaharat — dozarea hemoglobinei glicozilate:**

— tarif/serviciu de dozare hemoglobină glicozilată: 38 de lei;

b) **Programul național de PET-CT:**

— tarif/serviciu investigație PET-CT: 4.000 de lei;

c) **Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne:**

— tarif/serviciu de testare genetică pentru neuroblastom (3 testări): 2.103 lei;

— tarif/serviciu de testare genetică pentru sarcom Ewing: 701 lei;

— tarif/serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom — IHC: 240 de lei;

— tarif/serviciu de testare genetică pentru rabdomiosarcom — FISH: 701 lei;

— tarif/serviciu de testare genetică pentru retinoblastom: 240 de lei;

— tarif/serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central — panel de teste nr. 1: 240 de lei/set, maximum 2 seturi/pacient; 1 set conține 1—4 teste;

— tarif/serviciu de testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central — panel de teste nr. 2: 701 lei;

d) **Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară**

— tarif/serviciu prin imunofenotipare pentru neoplasm mielodisplazic: 2.000 de lei;

— tarif/serviciu prin imunofenotipare pentru sindroame limfoproliferative cronice: 800 de lei;

— tarif/serviciu prin examen citogenetic și FISH pentru neoplasme mielodisplazice/leucemie mieloidă cronică/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ: 1.200 de lei;

— tarif/serviciu prin examen FISH pentru mielom multiplu: 2.000 de lei;

— tarif/serviciu prin examen FISH pentru sindrom limfoproliferativ cronic/sindrom hipereozinofilic: 1.000 de lei;

— tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCR-ABL calitativ pentru leucemie mieloidă cronică: 200 de lei;

— tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară BCR-ABL cantitativ pentru leucemie mieloidă cronică: 1.000 de lei;

— tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară calitativ/RT-qPCR pentru neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/mastocitoză sistemică, sindrom hipereozinofilic/sindrom limfoproliferativ cronic: 1.000 de lei;

— tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvențiere convențională sau NGS pentru leucemie mieloidă cronică pentru detecția mutațiilor BCR-ABL în caz de pierdere a răspunsului: 1.500 de lei;

— tarif/serviciu prin examen de biologie moleculară prin examen secvențiere convențională sau NGS pentru neoplasme mielodisplazice/sindrom mieloproliferativ cronic Ph1 negativ/sindrom limfoproliferativ cronic: 4.000 de lei.

e) Subprogramul național de testare genetică:

1. cancer colorectal local avansat sau metastazat:

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

2. cancer ovarian local avansat și metastazat:

— tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat — panelul de testare nr. 1: 2.950 de lei;

— tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat — panelul de testare nr. 2: 2.700 de lei;

— tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat — panelul de testare nr. 3: 7.500 de lei;

3. cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC):

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

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

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

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

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

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

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

4. cancer de sân:

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

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

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

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Număr servicii	Tarif	Total lei
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
1.				
2.				
.....				
TOTAL		x	x	

Suma anuală contractată este lei, din care:

— suma aferentă trimestrului I lei,

— suma aferentă trimestrului II lei,

— suma aferentă trimestrului III lei,

— suma aferentă trimestrului IV lei.”

46. Anexa nr. 4 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.

47. Anexa nr. 5 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

48. După anexa nr. 5 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 51, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 3 care face parte integrantă din prezentul ordin.

49. Anexa nr. 9 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 4 care face parte integrantă din prezentul ordin.

50. Anexa nr. 10 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 5 care face parte integrantă din prezentul ordin.

51. După anexa nr. 10 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 101, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 6 care face parte integrantă din prezentul ordin.

52. După anexa nr. 15 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 151, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 7 care face parte integrantă din prezentul ordin.

53. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative”, poziția „Anexa 16 B 4 Programul național oncologie — Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Anexa 16 B 4.1 Programul național oncologie — Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară — Leucemii acute și neoplasme mielodisplazice”

54. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative”, după poziția „Anexa 16 B 4.1 Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară — Leucemii acute și neoplasme mielodisplazice” se introduc două noi poziții, cu următorul cuprins:

„Anexa 16 B 4.2 Programul național oncologie — Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară — sindroame mieloproliferative cronice și sindroame limfoproliferative cronice;

Anexa 16 B 4.3 Programul național oncologie — Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară — Adeverința îndeplinire criterii expertiză în diagnosticul hemopatiilor maligne prin imunofenotipare/citogenetică/biologie moleculară”.

55. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative”, poziția „Anexa 16 B 6 Programul național de oncologie — Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Anexa 16 B 6 Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne”.

56. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative”, după poziția „Anexa 16 B 6” se introduce o nouă poziție, cu următorul cuprins:

„Anexa 16 B 7 —Subprogramul național de testare genetică”.

57. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative”, poziția „Anexa 16 H — Programul național de sănătate mintală” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Anexa 16 H1 Programul național de sănătate mintală — Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodenanță, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor”.

58. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative”, după poziția „Anexa 16 H1” se introduce o nouă poziție, cu următorul cuprins:

„Anexa 16 H2 — Programul național de sănătate mintală — Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist”.

59. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative”, după poziția „Anexa 16 J.7 Programul național de ortopedie — Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare la copii” se introduce o nouă poziție, cu următorul cuprins:

„Anexa 16 J.8 — Programul național de ortopedie — Corectarea inegalităților și diformităților membrilor la copii”.

60. Anexa 16 B.4 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 8 care face parte integrantă din prezentul ordin.

61. La anexa nr. 16, după anexa 16 B.4.1 se introduc două noi anexe, anexele 16 B.4.2 și 16 B.4.3, având cuprinsul prevăzut în anexele nr. 9 și 10 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

62. Anexa 16 B.5 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 11 care face parte integrantă din prezentul ordin.

63. Anexa 16 B.6 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 12 care face parte integrantă din prezentul ordin.

64. La anexa nr. 16, după anexa 16 B.6 se introduce o nouă anexă, anexa 16 B.7, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 13 care face parte integrantă din prezentul ordin.

65. Anexa 16 H se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 14 care face parte integrantă din prezentul ordin.

66. La anexa nr. 16, după anexa 16 H.1 se introduce o nouă anexă, anexa 16 H.2, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 15 care face parte integrantă din prezentul ordin.

67. La anexa nr. 16, după anexa 16 J.7 se introduce o nouă anexă, anexa 16 J.8, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 16 care face parte integrantă din prezentul ordin.

68. În tot cuprinsul normelor, sintagma „bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi” se înlocuiește cu sintagma „bolnavilor cu afecțiuni oncologice”.

69. În tot cuprinsul normelor, sintagma „Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările și completările ulterioare” și sintagma „Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările și completările ulterioare” se înlocuiesc cu sintagma „Ordinului ministrului sănătății nr. 1.834/2023 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private”.

Art. II. — Anexele nr. 1—16 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. III. — Prevederile art. I pct. 25, 27, 28, 30, 38, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65 și 66 se aplică începând cu data de 1 octombrie 2023.

Art. IV. — Începând cu data intrării în vigoare a Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv 1 octombrie 2023 și până la data de 31.12.2023, persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist pot beneficia pentru tratamentul tulburărilor din spectrul autist de servicii conexe din cadrul pachetului de servicii de bază din ambulatoriul clinic de specialitate, dacă nu beneficiază de servicii ce fac obiectul subprogramului.

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

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Romică-Andrei Baciu

Anexa Nr. 1
(ANEXA nr. 4 la Normele tehnice)

CONTRACT

**pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu pentru bolnavii incluși în
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală
cronică în anii 2022 - 2023**

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin director general,

și

Unitatea sanitară, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentată prin, având actul de înființare/organizare nr., Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr., Dovada acreditării/Dovada înscrierii în procesul de acreditare nr., Avizul eliberat de Ministerul Sănătății nr., codul fiscal și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată durata Contractului nr.,

II. Obiectul contractului

Casa de asigurări de sănătate și Furnizorul au încheiat prezentul contract pentru furnizarea serviciilor de dializă în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2023, denumite în continuare norme tehnice.

III. Dispoziții generale

ART. 1

(1) Furnizorul trebuie să aibă o capacitate suficientă pentru furnizarea volumului estimat de servicii pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(2) Volumul efectiv al serviciilor furnizate conform prezentului contract depinde de numărul de servicii solicitate Furnizorului pentru bolnavii asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sub condiția plafonului de plăți, conform art. 25.

(3) La nivelul centrelor de dializă se acordă servicii de hemodializă atât bolnavilor aflați constant în evidență, în limita a 156 de ședințe/an pentru tratamentul continuu, cât și bolnavilor tratați temporar (bolnav temporar), precum și servicii de dializă peritoneală bolnavilor aflați constant în evidență, cât și celor tratați temporar (bolnav temporar).

(4) Bolnavul constant este bolnavul tratat prin dializă pentru IRC în stadiu uremic, care necesită tratament substitutiv renal ($FG < 15 \text{ ml/min./1,73 mp}$), înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui centru de dializă, în care bolnavul beneficiază de ședințe de hemodializă mai mult de 12 săptămâni.

(5) La nivelul centrelor de dializă bolnavii constanți reprezintă atât bolnavii contractați cât și bolnavii nou-introduși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, în calitate de bolnavi cronici.

(6) Bolnavul temporar este bolnavul tratat prin dializă într-un centru de dializă pentru mai puțin de 12 săptămâni, respectiv:

a) bolnavul hemodializat pentru IRC în stadiu uremic, înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui alt centru de dializă, transferat temporar, cu respectarea condițiilor

și formalităților de transfer prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare;

b) bolnavul titular al cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și bolnavii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

(7) Bolnavul nou-inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică este bolnavul la care inițierea tratamentului (primele 3 – 6 ședințe de hemodializă, respectiv primele 14 - 21 de zile de tratament prin dializă peritoneală) s-a realizat într-o unitate sanitară cu paturi, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare, aflată în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Includerea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în bugetul aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, cu respectarea criteriilor de calitate prevăzute în normele de dializă.

(8) În cazul în care pe durata executării contractului există situația în care un bolnav constant a întrerupt tratamentul (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) și se vacantează un loc în centrul de dializă, Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre această situație la sfârșitul fiecărei perioade de raportare.

(9) În cazul în care pe durata executării contractului Furnizorul primește noi adeziuni de la bolnavii nou-incluși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, includerea bolnavilor în centru, pentru continuarea tratamentului cronic prin dializă, se realizează astfel:

a) Furnizorul va notifica casa de asigurări de sănătate despre aceste solicitări, va preciza dacă este un bolnav nou-introdus pe un post vacantat prin ieșirea din Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) sau dacă este un bolnav nou-introdus pe un loc liber creat prin transferul definitiv al unui bolnav constant într-un alt centru care are un loc vacantat, îl va raporta ca bolnav nou-tratat în centru, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat din centru și cu încadrarea în valoarea de contract.

b) Bolnavul nou-inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, care nu a putut fi introdus pe un post liber sau vacantat în centrul de dializă, se va raporta ca bolnav nou-tratat în centru și se va informa casa de asigurări de sănătate dacă valoarea estimată a serviciilor aferente acestui bolnav se încadrează în valoarea de contract sau serviciile aferente acestui bolnav depășesc valoarea de contract.

În cazul în care, serviciile aferente bolnavului nou-introdus depășesc valoarea de contract, casa de asigurări de sănătate va transmite spre analiză, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aceste situații, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

Casa de asigurări de sănătate va putea încheia acte adiționale, după caz, astfel:

i) doar de suplimentare a numărului de bolnavi contractat, dacă serviciile bolnavilor nou-introduși se încadrează în valoarea totală de contract sau,

ii) acte adiționale de suplimentare a numărului de bolnavi contractat și a valorii de contract, dacă serviciile bolnavilor nou-intrați depășesc nivelul contractat, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, numai cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Furnizorul va informa casa de asigurări de sănătate dacă poate sau nu să onoreze solicitările de preluare în centru a bolnavilor care au optat prin adeziune continuarea tratamentului cronic prin dializă, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(10) În cadrul raportării lunare de servicii de dializă, bolnavul nou-inclus în evidența unui centru de dializă va fi raportat de centrul de dializă în care urmează să fie tratat constant, trecând în tabelele prevăzute în anexele B1 și B2, la rubrica Observații: "N", un set minim de informații referitoare la bolnav (data inițierii tratamentului de dializă și centrul în care s-a făcut inițierea, centrul de la care provine, după caz, data intrării în centru, modalitatea de includere în centru, după caz). Furnizorii de servicii de dializă vor notifica casele de asigurări de sănătate despre aceste situații la sfârșitul perioadei de raportare.

(11) În cazul în care un bolnav constant al unui centru de dializă își exprimă adeziunea de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza prin încheierea unui act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant, respectiv cu modificarea corespunzătoare a prevederilor bugetare.

(12) În situații justificate (un centru de dializă nu mai îndeplinește condițiile pentru furnizare de servicii de dializă în sistemul de asigurări sociale de sănătate, schimbarea de domiciliu a unui bolnav inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică), furnizorii de servicii de dializă pot solicita majorarea, respectiv diminuarea volumului estimat de servicii de dializă și a valorii de contract, notificând în acest sens casele de asigurări de sănătate despre aceste situații. Părțile pot conveni să majoreze/diminueze volumul estimat de servicii de dializă și valoarea de contract prin încheierea unui act adițional, cu încadrarea în fondurile aprobate cu această destinație prin buget în anul în curs pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Casele de asigurări de sănătate vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații justificate. Actul adițional se încheie în urma analizei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și cu avizul acesteia, trimestrial sau, după caz, prin diminuarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și majorarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant.

(13) Bolnavii nou-incluși în evidența unui centru de dializă se raportează la Registrul renal român, în termen de 48 de ore, cu obligativitatea înștiințării Registrului renal român despre orice modificare survenită ulterior (devine bolnav constant, transfer în alt centru, deces, trecere la alt tip de dializă, transplant, pierdere din evidență etc.).

(14) În cazul în care în centrul de dializă sunt tratați bolnavi transferați temporar, aceștia vor fi cuprinși în raportarea lunară a centrului de dializă la care s-au transferat, urmând ca, trimestrial sau după caz, să fie întocmit un act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul beneficiază de servicii ca bolnav constant. Sumele diminuate trebuie să fie aferente volumului de servicii de care a beneficiat bolnavul pe perioada transferului temporar în alt centru de dializă și trebuie alocate, prin act adițional de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate de contract, centrului la care s-a transferat.

(15) Pentru regularizarea serviciilor de dializă, casele de asigurări de sănătate vor transmite, spre analiză, la solicitarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, date referitoare la bolnavii tratați (bolnavi nou-inițiați, bolnavi constanți, transferați definitiv de la alte centre și numărul locurilor vacante, după caz), pentru fiecare terapie contractată, distinct, pe fiecare unitate cu care este în contract.

(16) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după analiza datelor, va transmite caselor de asigurări de sănătate volumul de servicii estimat și valoarea estimată contractată, urmând ca acestea să încheie acte adiționale de regularizare.

(17) Furnizorul acceptă riscul ca cererea de servicii să fie mai mică decât volumul estimat, situație în care casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat. Casa de asigurări de sănătate va plăti Furnizorului tariful contractual, stabilit potrivit art. 20 alin. (2) - (5), pentru toate serviciile furnizate până la plafonul prevăzut la art. 25, dar nu își asumă nicio obligație de a garanta că volumul serviciilor solicitate va atinge întotdeauna volumul estimat.

ART. 2

(1) În înțelesul prezentului contract, termenii și noțiunile folosite au următoarea semnificație:

a) Caz de forță majoră înseamnă orice eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil.

b) Data intrării în vigoare este data la care prezentul contract intră în vigoare, prevăzută la art. 5.

c) Data încetării are înțelesul prevăzut la art. 4.

d) Data semnării este data la care prezentul contract este semnat de ambele părți.

e) Furnizorul înseamnă prestatorul de servicii definit potrivit prezentului contract, respectiv: unități sanitare publice și private.

f) Legile includ toate actele normative ale Parlamentului României, acte ale Guvernului României, precum și toate reglementările și hotărârile Guvernului mai jos menționate și reglementările cu caracter juridic ale autorităților publice, municipale și ale altor autorități competente, care afectează în orice mod sau sunt aplicabile serviciilor, astfel cum acestea ar putea fi modificate, completate, înlocuite și/sau republicate din când în când.

g) Materiale înseamnă toate materialele și documentația furnizată de către Furnizor pentru îndeplinirea serviciilor.

h) Norme de dializă înseamnă regulamentul de organizare și funcționare al unităților de dializă, cu anexele aferente, precum și Ghidul de bună practică, astfel cum acestea sunt aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

i) Servicii înseamnă pachetul complet de servicii de dializă, incluse în pachetul de bază, cuprins în normele de dializă, care include servicii de hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line și servicii de dializă peritoneală continuă sau automată, precum și furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, ce urmează a fi efectuate de către Furnizor în regim ambulatoriu pentru bolnavii asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv transportul nemedicalizat, al bolnavilor hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul acestora și transportul, lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. Serviciile de dializă cuprind:

i.1) serviciul de hemodializă convențională și hemodiafiltrarea intermitentă on-line: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator, toate cheltuielile necesare realizării serviciului medical de hemodializă și transportului nemedicalizat al bolnavilor de la domiciliul lor la unitatea sanitară și retur, excepție făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul, se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transportului sanitar, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

i.2) serviciul de dializă peritoneală continuă și automată: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

j) Tariful contractual înseamnă tariful plătit de către casa de asigurări de sănătate Furnizorului pentru serviciile furnizate, conform art. 20.

k) Volumul estimat înseamnă volumul estimat al serviciilor ce urmează să fie furnizate de către Furnizor în condițiile prezentului contract.

l) Zi lucrătoare înseamnă o zi (dar nu sâmbăta sau duminica, în condițiile în care prin acte normative nu se stabilește altfel) în care băncile sunt deschise în mod normal pentru activitatea bancară în România.

(2) Titlurile articolelor din prezentul contract au doar scopul de a înlesni citirea și nu vor afecta interpretarea acestuia.

IV. Volumul estimat de servicii

ART. 3

Bolnavi beneficiari ai Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică contractați.

Tabelul de mai jos prezintă volumul estimat de servicii corespunzător perioadei contractate

Serviciul	Volumul contractat estimat	Valoarea contractată estimată (lei)
Nr. bolnavi pentru hemodializă convențională		
Nr. ședințe de hemodializă convențională pentru bolnavi constanți		
Nr. bolnavi pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line		
Nr. ședințe de hemodiafiltrare intermitentă on-line pentru bolnavi constanți		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală continuă		
Nr. bolnavi pentru dializă peritoneală automată		

Valoarea totală a contractului de la data intrării în vigoare și până la data de 31 decembrie 2022 este de lei, calculată la tarifele prevăzute la art. 20 alin. (2) - (5), respectiv tarifele prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

V. Durata contractului

ART. 4

(1) Sub rezerva la art. 5, obligațiile Furnizorului în baza prezentului contract se vor naște la data intrării în vigoare a acestuia.

(2) Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la 31 decembrie 2023 și poate fi prelungită prin acte adiționale, în limita creditelor aprobate prin buget pentru anul respectiv, în condițiile respectării dispozițiilor legale în vigoare.

(3) Pentru anul, sumele vor fi angajate în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat.

VI. Condiții suspensive

ART. 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexa A care face parte integrantă din prezentul contract. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părțile nu convin altfel.

(2) Nedepunerea tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute în anexa A, în termenul prevăzut la alin. (1), atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

VII. Locația serviciilor

ART. 6

Furnizorului i se solicită să furnizeze servicii în Centrul de dializă, cu sediul în, str. nr. județul

VIII. Obligațiile părților

A. Obligațiile furnizorului de servicii medicale de dializă

ART. 7

Furnizorul are următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii medicale de dializă bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice din cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului la bolnavii cu insuficiență renală cronică care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;

e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile medicale de dializă, la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor medicale de dializă acordate, în limita sumei prevăzute în contract; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă/calificată factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic.

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă, în cadrul programului, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de dializă, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; 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 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 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 de dializă și acesta se împlinesște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

l) să utilizeze 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 din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) 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) și (1¹) 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 de dializă. Serviciile medicale de dializă care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

n) 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 de dializă acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale de dializă înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical de dializă și acesta se împlinesște 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) și (1¹) 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 de dializă;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical de dializă și acesta se împlinesște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale de dializă acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale de dializă nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

p) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: servicii medicale de dializă care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele

efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale de dializă, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora, precum și cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, precum și a materialelor sanitare specifice utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

s) să verifice calitatea de asigurat la momentul acordării serviciului medical de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ș) să furnizeze serviciile medicale de dializă potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, precum și cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și să utilizeze numai medicamente și materiale sanitare specifice, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

t) să furnizeze serviciile de dializă bolnavilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

u) să angajeze personalul de specialitate proporțional cu cerințele minimale de personal prevăzute în normele de dializă și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

v) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

w) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, 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 de dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; informațiile privind serviciile medicale de dializă și tarifele corespunzătoare acestora 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;

x) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor medicale de dializă;

y) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia.

aa) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ab) să transmită/completeze datele bolnavului în dosarul electronic al acestuia;

ac) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada acreditării/să facă dovada înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

ad) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare;

ae) să asigure mentenanța și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;

af) să anunțe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat bolnavul. Incluzerea de bolnavi noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023, cu modificările și completările ulterioare;

ag) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;

ah) să asigure transportul nemedical, al bolnavilor pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și transportul, lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă sau automată, prevăzuți în contract și să răspundă de calitatea transporturilor;

ai) să raporteze datele on-line Registrului Renal Român în formatul cerut de acesta;

aj) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze distinct, însoțite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 pentru bolnavii din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

ART. 8

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

B. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 9

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de dializă autorizați și acreditați/înscși în procesul de acreditare și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de dializă contractate, 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;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, suportate din bugetul Fondului, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii de dializă, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de dializă, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor de dializă;

h) să sesizeze organele abilitate cu privire la situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor, pentru a căror corectitudine furnizorul depune declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de dializă acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor de dializă acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele

documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

k) să monitorizeze activitatea și calitatea serviciilor efectuate de Furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calității și evidențele Furnizorului;

l) să urmărească derularea prezentului contract și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de Furnizor;

m) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de Furnizor; trimestrial, să reevalueze volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;

n) să publice pe site-ul propriu, la termenul de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală;

o) să publice pe site-ul propriu lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

p) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

IX. Raportarea serviciilor de dializă

ART. 10

Furnizorii vor transmite lunar caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară [centralizatorul și desfășurătorul privind evidența după CNP a bolnavilor cu IRC în stadiu uremic ($FG < 15 \text{ ml/min./1,73 mp}$), tratați prin dializă în centrele de dializă, precum și sumele aferente], în formatul prevăzut în anexele B1 și B2. Documentele se certifică pentru exactitatea și realitatea datelor raportate prin semnătura electronică a reprezentanților legali.

ART. 11

Documentele menționate la art. 10 se vor realiza în baza evidențelor tehnico-operative de la nivelul centrelor de dializă și se vor transmite în format electronic la casele de asigurări de sănătate lunar, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

ART. 12

Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la art. 10 exonerează casele de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

ART. 13

Nerespectarea de către furnizori a termenului menționat la art. 11, precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care furnizorul a depășit termenul, respectiv până la raportarea corectă.

ART. 14

Casele de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare de la primirea raportărilor, vor verifica numărul de bolnavi tratați, respectarea volumului de servicii estimat prevăzut în contract și încadrarea în valoarea estimată contractată pe tip de serviciu de dializă: hemodializă și dializă peritoneală.

ART. 15

După aplicarea prevederilor art. 14, casele de asigurări de sănătate vor notifica, în scris, furnizorilor observațiile lor, după cum urmează:

a) valoarea totală a serviciilor validate (numărul de servicii de hemodializă convențională validate și suma aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line validate și suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă validați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi și numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată validați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi);

b) valoarea totală a serviciilor invalidate (numărul de servicii de hemodializă convențională invalidate și suma aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line invalidate și suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă invalidați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată invalidați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi).

c) notificarea va fi semnată de către directorul general, directorul executiv relații contractuale/cu furnizorii, medicul-șef, persoana care întocmește documentul.

d) Furnizorii, în baza notificărilor primite de la casele de asigurări de sănătate, emit facturi pe care le transmit în format electronic la casele de asigurări de sănătate.

X. Controlul raportării serviciilor de dializă

ART. 16

Controlul serviciilor de dializă raportate de furnizori se realizează de casele de asigurări de sănătate trimestrial, la centrele de dializă, până la data de 15 a lunii următoare trimestrului pentru care se face controlul.

ART. 17

Controlul va urmări, în principal, următoarele:

- a) acuratețea și validarea datelor colectate și raportate;
- b) eventuale disfuncționalități;
- c) respectarea atât a criteriilor medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât și a criteriilor de calitate a serviciilor de dializă;
- d) orice alte date relevante, inclusiv date prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.834/2023 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 18

În urma fiecărui control efectuat la furnizorii de dializă se va întocmi un raport care va fi transmis **structurii de control** din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 19

Controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie a anului următor.

XI. Plata

ART. 20

Modalități de plată

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează lunar contravaloarea serviciilor de dializă realizate în luna anterioară lunii în care se face decontarea, pentru bolnavii tratați (constanți și transferați temporar), în conformitate cu termenii contractuali, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

(2) Pentru bolnavii constanți supuși tratamentului de hemodializă convențională, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodializă convențională prevăzut în normele tehnice, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodializei convenționale) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

(3) Pentru bolnavii constanți, supuși tratamentului de hemodiafiltrare intermitentă on-line, casa de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale prin tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line prevăzut în normele tehnice, în funcție de numărul de ședințe de hemodializă efectuate (tariful hemodiafiltrării intermitente on-line) și în limita maximumului de ședințe stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate. Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor hemodializați următoarelor categorii de bolnavi:

a) la care țintele de eficiență a dializei ($eKt/V \geq 1,4$ sau fosfatemie $< 5,5$ mg/dl) nu pot fi atinse timp de 3 luni consecutiv;

b) tineri cu probabilitate mare de supraviețuire îndelungată prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal, datorită comorbidităților asociate;

c) cu polineuropatie "uremică" care nu a putut fi corectată prin tratament corect prin hemodializă convențională;

(4) Pentru bolnavii constanți supuși tratamentului de dializă peritoneală continuă, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală continuă prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale continue), în limita valorii de contract

(5) Pentru bolnavii constanți, supuși tratamentului de dializă peritoneală automată, casa de asigurări de sănătate va deconta o sumă în funcție de numărul de bolnavi cu dializă peritoneală și tariful/bolnav cu dializă peritoneală automată prevăzut în normele tehnice (tariful dializei peritoneale automate), în limita valorii de contract. Dializa peritoneală automată este indicată (maximum 15% din totalul bolnavilor dializați peritoneal următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

a) la care țintele de eficiență a dializei peritoneale ambulatorii (Kt/V uree $> 1,7$; clearance creatinină > 60 L /săptămână/ $1,73$ m²; ultrafiltrat < 1.000 ml/24 ore, absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu sunt atinse timp de 3 luni consecutive;

b) copii preșcolari, la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificile și grevate de posibile accidente și complicații;

c) care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din cauza asocierii herniilor sau eventrațiilor abdominale;

d) elevi, studenți sau persoane active din punct de vedere profesional;

e) cu dizabilități care îi împiedică să efectueze singuri schimburile peritoneale manuale, dar la care membrii familiei sau asistenta la domiciliu pot face conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

(6) Furnizorul ia cunoștință și consimte că fiecare tarif acoperă toate costurile suportate de Furnizor în legătură cu prestarea serviciilor, incluzând, dar fără a se limita la, echipament, personal, consumabile medicale, produse farmaceutice (inclusiv EPO, atunci când este prescris medical), întreținere, utilități și orice transport necesar pentru personalul medical și/sau echipament de la/la domiciliul bolnavilor dializați peritoneal (continuu sau automat), respectiv transportul nemedicalizat, al bolnavilor hemodializați (hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) de la/la domiciliul asiguratului, și nicio altă plată suplimentară nu va fi făcută de către casa de asigurări de sănătate.

(7) Casa de asigurări de sănătate va plăti tariful contractual pentru serviciile furnizate bolnavilor cronici, asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate și cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Tariful pentru hemodializă include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calci doi, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigații de laborator, materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la domiciliul acestora până la centrul de dializă și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și al persoanelor cu vârsta de peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar, în condițiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate Tariful pentru dializa peritoneală include cheltuielile aferente medicamentelor specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamer), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], investigațiilor de laborator, materialelor sanitare specifice, precum și transportului, lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare la domiciliul bolnavilor.

(8) La regularizarea trimestrială sau după caz, în condițiile în care valoarea realizată pe tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face de către casele de asigurări de sănătate, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, atât pentru bolnavii constanți, ai centrului, cât și pentru bolnavii transferați temporar, cu încadrarea în valoarea totală de contract. Casele de asigurări de sănătate vor putea utiliza fondurile alocate, indiferent de tipul de terapie, prin întocmirea de acte adiționale, vor deconta serviciile la nivelul realizat conform prevederilor art. V din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative cu încadrare în valoarea totală a contractului și vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații.

(9) În cazul în care, pe timpul derulării contractului și nu numai, furnizorul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute la art. 20 alin. (3) și (5), de a trata maximum 15% bolnavi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și bolnavi prin dializă peritoneală automată, serviciile acordate acestora vor fi decontate până la ieșirea din tratament a bolnavilor, cu condiția ca furnizorul să nu mai introducă niciun bolnav pe locul acestora, respectând limita de 15% calculată conform art. 20 alin. (3) și (5).

(10) Furnizorul va depune la casa de asigurări de sănătate declarația de servicii lunare, în formatul prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care va include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară, numărul bolnavilor dializați pe tipuri de dializă și suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Această sumă va fi în funcție de: (i) numărul ședințelor de hemodializă convențională înmulțite cu tariful hemodializei convenționale; (ii) numărul ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțite cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line; (iii) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale continue tratați multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale continue; și (iv) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale automate tratați multiplicat cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale automate, cu următoarele excepții:

a) bolnavul tratat prin ambele proceduri (hemodializă și dializă peritoneală), la care numărul de zile în care s-au efectuat ședințe de hemodializă (plătite la tarif/ședință) se scade din numărul de zile din lună cu dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală);

b) bolnavul care începe tratamentul de dializă peritoneală în altă zi decât data de întâi a lunii, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif pe bolnav pe zi și se calculează astfel: tariful dializei peritoneale împărțit la 365 de zile x numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an / 365 x număr de zile cu dializă peritoneală)

c) bolnavul cu dializă peritoneală continuă sau automată care decedează în decursul lunii de tratament, pentru care calculul se face pentru numărul de zile în care a efectuat dializă peritoneală;

d) bolnavul cu hemodializă care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/ședință aferent tipului de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul lunar de ședințe de hemodializă;

e) bolnavul cu dializă peritoneală care schimbă modalitatea de tratament în cursul lunii va fi decontat prin tariful/bolnav/zi aferent tipului de dializă peritoneală efectuat, cu încadrarea în valoarea de contract pe tipul de terapie.

(11) Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original și după validarea declarației de servicii lunare. Furnizorul va emite și va depune, în termen de zile lucrătoare, o factură în lei pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile de la data primirii facturii, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.

(12) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la art. 20 alin. (12) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

(13) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la art. 20 alin. (12), precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul

(14) Furnizorul are obligația de a nominaliza la rubrica "Cumpărător" din factură, pe lângă casele de asigurări de sănătate, în calitate de achizitor, și centrul de dializă, în calitate de beneficiar.

Datele de identificare ale furnizorilor trebuie să corespundă cu cele din contract. Rubrica "Descrierea produselor" se va completa cu "servicii de hemodializă convențională", "servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line", respectiv "servicii de dializă peritoneală continuă", "servicii de dializă peritoneală automată", valoarea serviciilor exprimată în lei la tarifele prevăzute în actele normative în vigoare, precum și numărul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate.

(15) Plata serviciilor de dializă și regularizarea trimestrială a acestora, se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea de acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Actele adiționale de suplimentare a valorii de contract, pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(16) să includă bolnavul nou-inițiat și să deconteze toate serviciile, începând cu primul serviciu, conform reglementărilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private;

(17) Casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile aferente bolnavilor la care inițierea tratamentului a fost efectuată în unități din ambulatoriu, cu excepția situațiile de forță majoră, declarate de autorități (epidemii, catastrofe naturale, război), care afectează activitatea secțiilor/compartimentelor din spitalele publice și împiedică inițierea tratamentului prin dializă în regim de spitalizare continuă, inițierea tratamentului prin dializă se poate face în unitățile ambulatorii, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private;

ART. 21

Suma decontată lunar va corespunde cu:

(1) suma transmisă prin notificare pentru hemodializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line), în concordanță cu numărul ședințelor prestate, verificate și validate înmulțit cu tariful/ședință de hemodializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line);

(2) suma transmisă prin notificare pentru dializă peritoneală (dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată), în concordanță cu numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale, calculată conform art. 20 alin. (11).

ART. 22

Contractele pentru serviciile de dializă se încheie după aprobarea bugetului anual al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 23

(1) Dacă bugetul anual al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu a fost aprobat cu cel puțin 3 zile înainte de 31 decembrie, caz în care limitele de cheltuieli nu pot

depăși 1/12 din prevederile bugetare ale anului precedent, se încheie acte adiționale de prelungire a contractelor existente, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Contabilitatea operațiunilor rezultate din contractele încheiate de furnizori se ține utilizându-se următoarele conturi:

- a) 628 "Alte cheltuieli cu servicii executate de terți";
- b) 401 "Furnizori";
- c) 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

(3) Înregistrările contabile ocazionate de derularea operațiunilor rezultate din executarea contractelor încheiate cu furnizorii sunt următoarele:

- a) primirea facturilor lunare și înregistrarea obligației de plată:
 - 628 "Alte cheltuielile cu servicii executate de terți" = 401 "Furnizori";
- b) decontarea serviciilor de dializă facturate:
 - 401 "Furnizori" = 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

ART. 24

(1) Plățile de la casa de asigurări de sănătate pentru serviciile furnizate conform prezentului contract sunt sub condiția aprobării bugetului anual al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

(2) Sumele se angajează anual, în limita sumelor aprobate prin legea bugetului de stat.

(3) În cazul în care:

a) bugetul anual al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate nu este aprobat în termen de 90 de zile lucrătoare de la începutul anului calendaristic;

b) Casa Națională de Asigurări de Sănătate stabilește că este o alocație bugetară insuficientă în bugetul său anual pentru a finanța serviciile, conform prezentului contract, orice parte poate înceta prezentul contract în conformitate cu art. 27 alin. (2) lit. c) sau părțile pot conveni un volum mai mic de servicii.

ART. 25

(1) Plata totală ce poate fi făcută de către casa de asigurări de sănătate este de lei, calculată ca suma dintre volumul estimat total al ședințelor de hemodializă convențională înmulțit cu tariful hemodializei convenționale, volumul estimat total al ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțit cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line, volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal continuu înmulțit cu tariful dializei peritoneale continue și volumul estimat total al bolnavilor dializați peritoneal automat înmulțit cu tariful dializei peritoneale automate. Tarifele sunt prevăzute în normele tehnice.

(2) Plata totală maximă efectuată de către casa de asigurări de sănătate poate crește în cazul în care părțile convin să majoreze volumul estimat, astfel cum este prevăzut la art. 3.

(3) În situația în care cererea de servicii este mai mică decât volumul estimat, casa de asigurări de sănătate va deconta serviciile ce fac obiectul prezentului contract la nivelul realizat.

XII. Sancțiuni

ART. 26

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorul de servicii medicale de dializă a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), y), z), ab), ad) și ah) - aj) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din contravaloarea serviciilor medicale 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 3% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă 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% din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute art. 7 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute art. 7 lit. aa) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii medicale de dializă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. af) și ag) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(6) În cazul în care pe parcursul derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. ai) se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. i) - l), r), s), v) și ae) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(8) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q), se aplică următoarele sancțiuni:

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

(9) 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 de dializă, raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (8) pentru furnizorii de servicii medicale de dializă care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale de dializă în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale de dializă are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale de dializă, aduce la cunoștința acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale de dializă, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(11) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (8) pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(12) 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) - (8) în cazul furnizorilor publici de servicii medicale de dializă.

(13) Nerespectarea de către furnizor a obligației prevăzută la art. 7 lit. p) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

XIII. Încetarea contractului

ART. 27

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) Furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

(3) La încetarea contractului din alte cauze decât prin atingere la termen, excluzând forța majoră, furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condițiile stipulate în contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condițiile legii.

(4) În cazul reorganizării furnizorului de servicii medicale de dializă, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii medicale de dializa încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia.

Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(5) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii medicale de dializa, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale de dializa, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

ART. 28

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor medicale de dializă, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică. Suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului de servicii medicale de dializă; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ac), în condițiile în care furnizorul de servicii medicale de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare.

ART. 29

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

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

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare precum și expirarea certificatului de acreditare sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii medicale de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) la a doua constatare că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 7 lit. x);

f) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), ș) și ac);

g) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 lit. ac) după expirarea termenului prevăzut la art. 28 lit. e);

h) odată cu aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 26 alin. (1);

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q).

XIV. Cesiunea sau subcontractarea**ART. 30**

(1) Furnizorul nu are dreptul să ceseze, în tot sau în parte, drepturile sale în baza prezentului contract ori să transfere, în tot sau în parte, obligațiile sale în baza prezentului contract ori să contracteze în întregime sau orice parte a lucrărilor ori sarcinilor legate de prestarea serviciilor, fără acordul scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cu excepția contractelor menționate în anexa A.

(2) Sub rezerva acordului scris prealabil al casei de asigurări de sănătate, cesionarul trebuie să îndeplinească toate condițiile asumate de către Furnizor.

(3) Furnizorul va fi ținut răspunzător în continuare față de casa de asigurări de sănătate, în mod solidar cu cesionarul, pentru îndeplinirea obligațiilor de către acesta, cu drept de regres împotriva cesionarului.

XV. Modificarea contractului**ART. 31**

(1) Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

(2) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(3) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XVI. Legea aplicabilă

ART. 32

Prezentul contract este guvernat și va fi interpretat în conformitate cu legile și reglementările din România.

XVII. Răspunderea contractuală

ART. 33

(1) Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

(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.

XVIII. Soluționarea litigiilor

ART. 34

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform art. 33 alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIX. Dispoziții finale

ART. 35

(1) Regularizarea trimestrială sau după caz se efectuează la nivel național de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(2) În cadrul Furnizorului pot fi acceptați la tratament și bolnavi tratați temporar, pe baza mecanismului stabilit potrivit normelor legale în vigoare, prin încheierea de acte adiționale, la prezentul contract.

(3) La regularizarea trimestrială, sau, după caz, prin acte adiționale la contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizori se poate realiza, la tarifele prevăzute în normele tehnice:

a) plata bolnavilor transferați definitiv dintr-un centru de dializă la un alt centru de dializă;

b) plata pentru bolnavii transferați temporar și

c) plata pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor componente din statele ai căror asigurați sunt cu încadrarea în bugetul alocat programului.

(4) 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/bolnav/an, cu excepția:

a) ședințelor efectuate bolnavilor, peste 156 de ședințe/bolnav/an datorită structurii calendaristice a unui an (an bisect), cu respectarea programului de trei ședințe de dializă/săptămână;

b) ședințelor efectuate bolnavilor cu insuficiență renală cronică în stadiul uremic, care pe perioada sarcinii necesită un număr de până la 6 ședințe de dializă/săptămână, cu menținerea ureei serice la valori < 75 mg/dl;

c) ședințelor efectuate bolnavilor cu insuficiență cardiacă severă, refractară la alte mijloace de tratament și care nu suportă încărcări volemice chiar minime (de ex. cardiomiopatii dilatative);

d) ședințelor efectuate bolnavilor cu pericardită uremică;

e) unor situații de urgență (hiperpotasemie, încărcare volemică) care pot fi rezolvate în centrele de dializă în ambulatoriu. În funcție de gravitatea situației, medicul curant din unitatea de dializă decide dacă bolnavul poate fi dializat în regim ambulatoriu sau trebuie trimis pentru spitalizare continuă.

(5) Raportarea ședințelor suplimentare de hemodializă, față de programul de bază, se raportează conform prevederilor normelor tehnice. Furnizorii de servicii de dializă vor înștiința casele de asigurări de sănătate despre aceste situații la sfârșitul perioadei de raportare.

ART. 36

Anexele A, B1 și B2 fac parte integrantă din prezentul contract.

ART. 37

Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de dializă care se acordă bolnavilor incluși în Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a fost încheiat astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate
Director General,

.....

Director executiv
Direcția Economică,

.....

Director executiv
Direcția Relații Contractuale,

.....

Medic-Șef,

.....

Vizat Juridic, Contencios

.....

Furnizor de servicii de dializă
Reprezentant legal,

.....

ANEXA A

CONDIȚII**obligatorii și suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu**

A. Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. cerere pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu;
2. codul unic de înregistrare (copie de pe certificatul de înmatriculare/înregistrare);
3. autorizația sanitară de funcționare, eliberată de direcția de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, sau certificatul constatator eliberat potrivit Legii nr. 265/2022 privind simplificarea formalităților la înregistrarea în registrul comerțului a persoanelor fizice, asociațiilor familiale și persoanelor juridice, înregistrarea fiscală a acestora, precum și la autorizarea funcționării persoanelor juridice, cu modificările și completările ulterioare, după caz;
4. avizul eliberat de Ministerul Sănătății, cu avizul Comisiei de Nefrologie a Ministerului Sănătății, pentru unitățile sanitare private;
5. dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;
6. certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale;
7. dovada contului deschis la Trezoreria Statului;
8. titlu valabil asupra spațiului în care își desfășoară activitatea centrul de dializă, pentru o perioadă cel puțin egală cu durata contractului;
9. acordul scris al bolnavilor existenți în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, pentru efectuarea dializei în centru, completat în trei exemplare: unul rămâne la unitatea sanitară care a inițiat dializa, unul la bolnav și al treilea exemplar va fi transmis la unitatea de dializă spitalicească sau ambulatorie în care bolnavul va continua tratamentul cronic, conform modelului:

ADEZIUNEA BOLNAVULUI

Subsemnatul(a),, bolnav(ă) al (a) Centrului de Dializă, tratat(ă) prin:

- hemodializă convențională;
- hemodiafiltrare intermitentă on-line*);
- dializă peritoneală continuă;
- dializă peritoneală automată*),

posesor (posesoare) al (a) C.I. seria nr., eliberată de la data de, CNP, domiciliat(ă) în, dializat(ă) cronic din data de, solicit efectuarea ședințelor de dializă în Centrul de Dializă, începând cu data de

Data Semnătura bolnavului
.....

Centrul de dializă de la care pleacă bolnavul:
Am luat cunoștință

Data Semnătura medicului șef/coordonator
.....

Centrul de dializă la care bolnavul solicită continuarea tratamentului:
De acord, începând cu data de

Data Semnătura medicului șef/coordonator

.....

 *) În această situație adeziunea va fi însoțită de referatul medical elaborat de medicul șef al centrului de dializă, din care să rezulte că sunt întrunite criteriile medicale aprobate prin ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, cu menționarea expresă a acestor criterii de includere. Referatul medical poate fi întocmit pentru maximum 15% din totalul bolnavilor tratați în centru pe tipuri de dializă (hemodializă și dializă peritoneală) și incluși în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu încadrarea în numărul total de bolnavi cu dializă aprobat.

B. Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de dializă în regim ambulatoriu:

1. documente din care să reiasă existența personalului în centru, respectiv medici, asistente și personal auxiliar, cu respectarea normativului minimal de personal prevăzut de Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private:

1.1. documente privind încadrarea personalului potrivit Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private;

1.2. dovada că medicii angajați au specializare în Nefrologie;

1.3. dovada că asistenții medicali generaliști și cei cu specializare în pediatrie, angajați, au Autorizație de liberă practică valabilă și specializare în domeniu. Această specializare va fi obținută printr-un atestat, după absolvirea unor programe de specializare în domeniul Nefrologie și Dializă, care se derulează prin instituții acreditate. Pentru absolvirea programului de specializare, în conformitate cu normele legale în vigoare, va exista o perioadă de 6 ani pentru conformare, de la intrarea în vigoare Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private; .

1.4. dovada că personalul tehnic are pregătire de bază (în cazul în care activitatea de întreținere a aparatului tehnic nu este externalizată): electronică, electromecanică, automatică (medicală sau nu) și atestat de specializare pentru tipul de aparate din folosința unității, conform specificațiilor producătorului și normativelor în vigoare;

1.5. dovada că personalul care prepară soluția concentrată pentru hemodializă are atestat de specializare în operarea aparatului din dotarea unității, numai în unitățile care prepară local soluția concentrată de dializă;

2. dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabile pe toată durata contractului, însoțite de dovada că primele de asigurare au fost plătite;

3. dovada existenței următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de dializă:

3.1. contract(e) cu furnizori autorizați potrivit legii pentru distribuirea de medicamente și materiale sanitare specifice hemodializei (hemodializă convențională și/sau hemodiafiltrare intermitentă on-line) și dializei peritoneale (continuă și/sau automată);

3.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizați potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură de dializă și piese de schimb, precum și aparatură aferentă;

3.3. contract(e) pentru întreținerea aparatului de dializă încheiat(e) cu organizații de întreținere autorizate potrivit legii;

3.4. contract(e) cu laboratoare de analiză evaluate și autorizate potrivit legii, pentru serviciile cerute conform normelor de dializă, după caz;

3.5. contract(e) cu unități de tratare a deșeurilor autorizate potrivit legii, după caz;

3.6. contract(e) cu unități de catering autorizate potrivit legii, după caz;

3.7. contract(e) cu transportatori autorizați potrivit legii, pentru transportul nemedicalizat, al bolnavilor hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă

on-line de la și la domiciliul bolnavilor și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul bolnavilor. În situația în care transportul, se realizează de către furnizor se vor prezenta documente care să ateste că acesta deține în mod legal vehiculele folosite pentru transport autorizat și că este autorizat și evaluat pentru activitatea de transport sanitar nemedicalizat.

4. dovada din care să rezulte că partenerii contractuali ai furnizorului sunt autorizați potrivit legii. Contractele vor trebui să aibă o durată de valabilitate cel puțin egală cu durata contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate;

5. dovada că furnizorul are în dotare în întregime aparate de dializă noi, cu o dată de fabricație care să nu fie mai mare de 12 luni de la data intrării în vigoare a contractului (pentru furnizorii care nu au mai fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate). Pentru următoarele contracte încheiate de casele de asigurări de sănătate cu același furnizor și pentru același centru, acesta trebuie să facă dovada că aparatele de dializă din dotare se află în cadrul duratei de funcționare prevăzute de producător și că respectă parametrii tehnici funcționali prevăzuți de acesta;

6. dovada existenței unui sistem informatic pentru evidența bolnavilor, a serviciilor furnizate și a produselor;

7. Pentru contractarea serviciilor de hemodiafiltrare intermitentă on-line, furnizorii vor prezenta și următoarele documente:

7.1. dovada deținerii aparatului/aparatelor de dializă echipate pentru tratament prin hemodiafiltrare intermitentă on-line (seria aparatului/aparatelor) sau certificatul de conformitate emis de producător, prin care se face dovada că aparatul de dializă este prevăzut cu dispozitiv pentru hemodiafiltrare intermitentă on-line;

7.2. dovada deținerii unui contract cu un laborator acreditat pentru analiza apei produse și încadrarea în nivelurile maxime admise și cu frecvența menționată potrivit Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private.

8. Pentru contractarea serviciilor de dializă peritoneală automată, furnizorii vor prezenta și următoarele documente:

8.1. dovada deținerii aparatelor care pot efectua tratament prin dializă peritoneală automată;

8.2. procesul-verbal de predare-primire al aparatului încheiat cu bolnavul, precum și consemnarea că bolnavul a fost instruit cu privire la modul de utilizare al acestui aparat.

Documentele vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în copii certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

ANEXA B1
la contract

Furnizor
Casa de Asigurări de Sănătate
Centrul de dializă
Raportare pentru luna

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ Centralizator

Tabelul 1 - Hemodializă

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a – contractați
- b - contractate
- c - pentru bolnavi transferați temporar

d - constanți*)

e - transferați temporar

Serviciul de hemodializă, din care:	Bolnavi tratați					Ședințe de tratament			Suma de decontat (lei)	Observații
	a) din care, realizat:		b) pentru bolnavi constanți			c) TOTAL				
	d	e	TOTAL							
C0	C1	C2	C3	C4= C2+C3	C5	C6	C7	C8= C6+C7	C9= C8*tarif	C10
Hemodializă convențională										
Hemodiafiltrare intermitentă on-line										
TOTAL:										

Tabelul 2 - Dializă peritoneală

Serviciul de dializă peritoneală, din care:	Număr de bolnavi		Suma de Observații		
	contractați	constanți *)	transferați temporar	(lei)	
C0	C1	C2	C3	C4	C5
Dializă peritoneală continuă					
Dializă peritoneală automată					
TOTAL:					

*) Prin bolnavi tratați constant se va înțelege numărul total de bolnavi tratați în centru.

Tabelul 3 - Suma de decontat

Hemodializă, din care		Dializă peritoneală:		TOTAL:
Hemodializă convențională	Hemodiafiltrare intermitentă on-line	Dializă peritoneală continuă	Dializă peritoneală automată	
C1	C2	C3	C4	C5=C1+C2+C3+C4

C1 din tabelul 3 = C9 Hemodializă convențională din tabelul 1

C2 din tabelul 3 = C9 Hemodiafiltrare intermitentă on-line din tabelul 1

C3 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală continuă din tabelul 2

C4 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală automată din tabelul 2

Certificat în privința exactității și realității

Furnizor

(reprezentant legal),

ANEXA B2
la contract

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Centrul de dializă

Raportare pentru luna

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor cu IRC beneficiari de hemodializă și dializă peritoneală și a sumelor de decontat

I. HEMODIALIZĂ

Tabelul I.A - Bolnavi constanți tratați prin hemodializă convențională

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Număr de înregistrare fișă;

b - Număr ședințe hemodializă convențională realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională	a	b	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodializă convențională

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Număr de înregistrare fișă;

b - Număr ședințe hemodializă convențională realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională transferați temporar	a	b	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.C - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodializă convențională - cetățeni străini

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr de înregistrare fișă;
b - Număr ședințe hemodializă convențională realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională transferați temporar	a	b	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 1 - Bolnavi tratați prin hemodializă convențională

TOTAL		
Bolnavi cu hemodializă convențională	Ședințe hemodializă convențională	Suma de decontat (lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul I.A + total C1 din tabelul I.B + total C1 din tabelul I.C

C2 = total C4 din tabelul I.A + total C4 din tabelul I.B + total C4 din tabelul I.C

C3 = total C6 din tabelul I.A + total C6 din tabelul I.B + total C6 din tabelul I.C

II. HEMODIAFILTRARE INTERMITENTĂ ON-LINE

Tabelul II.A - Bolnavi constanți tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr de înregistrare fișă;
b - Număr ședințe hemodiafiltrare intermitentă on-line realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line	a	b	Tarif/ședință hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodiafiltrare

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - Număr de înregistrare fișă;
b - Număr ședințe hemodiafiltrare intermitentă on-line realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line transferați temporar	a	b	Tarif/ședință hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.C - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line - cetățeni străini

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

a - Număr de înregistrare fișă;

b - Număr ședințe hemodiafiltrare intermitentă on-line realizate.

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line transferați temporar	a	b	Tarif/ședință hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 2 - Bolnavi tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line

TOTAL		
Bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line	Ședințe hemodiafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul II.A + total C1 din tabelul II.B + total C1 din tabelul II.C

C2 = total C4 din tabelul II.A + total C4 din tabelul II.B + total C4 din tabelul II.C

C3 = total C6 din tabelul II.A + total C6 din tabelul II.B + total C6 din tabelul II.C

III. DIALIZA PERITONEALĂ CONTINUĂ

Tabelul III.A - Bolnavi cu dializă peritoneală continuă

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observații
C1					
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul III.B - Bolnavi transferați temporari cu dializă peritoneală continuă - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 3 - Bolnavi tratați prin dializă peritoneală continuă

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul III.A + total C1 din tabelul III.B

C2 = total C5 din tabelul III.A + total C5 din tabelul III.B

IV. DIALIZA PERITONEALĂ AUTOMATĂ

Tabelul IV.A - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul IV.B - Bolnavi transferați temporar cu dializă peritoneală automată - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 4 - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul IV.A + total C1 din tabelul IV.B

C2 = total C5 din tabelul IV.A + total C5 din tabelul IV.B

Tabelul 5 - Bolnavi dializați

TOTAL	
Bolnavi cu dializă	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul 1 + total C1 din tabelul 2 + total C1 din tabelul 3 + total C1 din tabelul 4

C2 = total C3 din tabelul 1 + total C3 din tabelul 2 + total C2 din tabelul 3 + total C2 din tabelul 4

Certificat în privința exactității și realității

Furnizor

(reprezentant legal),

.....

Anexa Nr. 2
(ANEXA nr. 5 la normele tehnice)

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice în anii 2022 - 2023

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte-director general,

și

Unitatea sanitară, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentată prin, având actul de înființare/organizare nr., Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr., Dovada acreditării/Dovada înscrierii în procesul de acreditare nr., Autorizația emisă de CNCAN nr., codul fiscal și contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr.

SC cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentată prin, având actul de înființare/organizare nr., Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr., Dovada acreditării/Dovada înscrierii în procesul de acreditare nr., Autorizația emisă de CNCAN nr., codul fiscal și contul nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr.

denumit în continuare Furnizor.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de radioterapie pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr., denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

(1) Furnizorul de servicii de radioterapie prestează asiguraților serviciile de radioterapie cuprinse în normele tehnice, respectiv:

- a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj,
- b) Radioterapie cu accelerator liniar 2D,

- c) Radioterapie cu accelerator liniar 3D,
- d) Radioterapie cu modularea intensității (IMRT),
- e) Brahiterapie,
- f) Radioterapie stereotactică (SBRT),
- g) Iradierea corporală totală sau derivate.

ART. 3

Furnizarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se face de către următorii medici, fizicieni medicali, fizicieni experți

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Nivel permis exercitare al activităților nucleare:

Program zilnic de activitate:

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Nivel permis exercitare al activităților nucleare:

Program zilnic de activitate:

c) Fizician medical

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Nivel permis exercitare al activităților nucleare:

Program zilnic de activitate:

d) Fizician expert

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Nivel permis exercitare al activităților nucleare:

Program zilnic de activitate:

e)

f)

IV. Durata contractului

ART. 4

Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la data de 31 decembrie 2023.

ART. 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive prevăzute la punctul II din anexa A la prezentul contract. Data intrării în vigoare nu poate fi mai târziu de 15 zile lucrătoare de la data semnării, dacă părțile nu convin altfel.

(2) Nedepunerea de către Furnizor a tuturor documentelor obligatorii prevăzute la punctul I din anexa A, respectiv a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor suspensive, în termenul prevăzut la alin. (1), atrage rezilierea de drept a prezentului contract.

(3) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de radioterapie autorizați și acreditați/înscși în procesul de acreditare, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de radioterapie contractate, 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;

c) să informeze furnizorul cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea serviciilor de radioterapie în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorul cu privire la derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice și cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii de radioterapie, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor de radioterapie, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor de radioterapie;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declarații pe propria răspundere.

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de radioterapie acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor de radioterapie posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza

(2) Casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), au obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe site-ul propriu lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

B. Obligațiile Furnizorului de servicii de radioterapie

ART. 7

Furnizorul de servicii de radioterapie are următoarele obligații:

a) să furnizeze servicii de radioterapie bolnavilor asigurați, cuprinși în programul național de oncologie și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de radioterapie furnizate, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, furnizorii de servicii de radioterapie vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul subprogramului;

e) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor de radioterapie acordate, în limita sumei prevăzute în contract pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă/calificată factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic.

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific serviciilor efectuate;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de radioterapie, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; 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. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

l) să utilizeze 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 din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) 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) și (1¹) 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. Serviciile de radioterapie acordate în alte

condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) 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 de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată, cu completările ulterioare.

Serviciile de radioterapie înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile de radioterapie 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) și (1¹) 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;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile de radioterapie, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

p) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile de radioterapie efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat, respectiv toate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate, cum ar fi - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: serviciile de radioterapie care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de radioterapie, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens; serviciile de radioterapie nu cuprind și a doua opinie medicală, cerută expres de asigurat în scris și care este acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și asupra consecințelor nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

s) să verifice calitatea de asigurat, la momentul acordării serviciilor de radioterapie potrivit prevederilor legale în vigoare.

ș) să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului

sănătății și familiei și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificările și completările ulterioare, precum și să utilizeze numai aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

t) să furnizeze serviciile de radioterapie bolnavilor titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ț) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de radioterapie, potrivit prevederilor legale în vigoare;

u) să angajeze personalul de specialitate potrivit cerințelor specifice de securitate radiologică în radioterapia medicală umană prevăzute în Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, Normele privind expertul în fizică medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 1.272/266/2006, precum și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

v) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanță cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și să-l respecte, 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;

w) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului;

x) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice.

y) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

z) să transmită/completeze datele bolnavului în dosarul electronic al acestuia;

aa) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada acreditării/să facă dovada înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

ab) să asigure prezența unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical și a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate,

cu obligația ca pentru cel puțin o normă întreagă pe zi programul unității de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie și de fizicianul medical care își desfășoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

ac) să asigure mentenanța și să întrețină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum și cele stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare;

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;

ae) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

af) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile de radioterapie asigurate potrivit lit. t) și decontate din bugetul Fondului, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif conform normelor tehnice, respectiv:

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

Nr. crt.	Serviciul de radioterapie	Tarif/ serviciul de radioterapie (lei)	Numărul de servicii	Total lei
C0	C1	C2	C3	C4
1				
2				
3				
....				
TOTAL				

Suma anuală contractată este lei, din care:

- Trimestrul I lei,
- Trimestrul II lei,
- Trimestrului III lei,
- Trimestrul IV lei,

ART. 9

(1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declarația de servicii lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul și volumul serviciilor furnizate bolnavilor asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară celei pentru care se face raportarea, numărul bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie pe tipuri de radioterapie și suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul ședințelor de radioterapie pe tipuri de radioterapie înmulțit cu tariful tipului de radioterapie. Declarația de servicii lunare va fi însoțită, pentru fiecare beneficiar de servicii de radioterapie de un raport, extras din memoria aparatului de radioterapie să ateste tipul de serviciu radioterapie efectuat/bolnav, data acordării serviciului, durata ședinței.

(2) Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declarația de servicii privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate și factura pentru suma prevăzută în declarația de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului.

(3) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la alin. (2), precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 10

(1) Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii de radioterapie 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 CNAS pentru furnizorii de servicii) pentru astfel de riscuri și în astfel de termeni și condiții, cu un asigurator autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor. Polița de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data încetării prezentului contract.

VIII. Clauze speciale

ART. 11

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 12

Efectuarea de servicii de radioterapie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 13

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b) - h), m) - o), t) - u), v), y) z) ab) și ad) - af) se aplică următoarele sancțiuni:

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 oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. i) - l), r), s), și ac), 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.

(3) 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 de radioterapie, raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q), se aplică următoarele sancțiuni:

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.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii de radioterapie care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii de radioterapie în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii de radioterapie, aduce la cunoștința acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii de radioterapie, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii servicii de radioterapie care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(7) 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 furnizorii publici servicii de radioterapie.

(8) Nerespectarea de către furnizor a obligației prevăzută la art. 7 lit. p) reprezintă contravenție potrivit art. 312 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și se sancționează conform art. 313 lit. b) din același act normativ.

ART. 14

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

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

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a a furnizorului de servicii de radioterapie, expirarea certificatului de acreditare sau dacă furnizorul nu face dovada înscrierii în procesul de acreditare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizației de utilizare eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, conform Legii nr. 111/1996 republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) la a doua constatare că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 7 lit. w);

f) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), ș) și aa);

h) odată cu aplicarea pe toată perioada contractului a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (1);
g) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. q).

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii de radioterapie încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege.

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

(2) Contractul încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

(3) În cazul reorganizării furnizorului de servicii de radioterapie, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii de radioterapie încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia.

Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii de radioterapie, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii de radioterapie, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.

ART. 16

Contractul de furnizare de servicii de radioterapie se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor de radioterapie, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor de

sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

ART. 17

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. b) și c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 18

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 19

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 20

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 22

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

ART. 23

Anexele A și B fac parte integrantă din prezentul contract.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de radioterapie care se acordă bolnavilor incluși în Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a fost încheiat astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate
Director General,
.....

Furnizor de servicii de radioterapie
Reprezentant legal,
.....

Director executiv
Direcția Economic,
.....

Director executiv
Direcția Relații Contractuale,
.....

Medic-Şef,
.....

Vizat Juridic, Contencios
.....

ANEXA A

I. Documente obligatorii pentru furnizorii de servicii de radioterapie:

- 1) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie;
- 2) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
- 3) actul de înființare/organizare, după caz;
- 4) autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de legislația în vigoare,
- 5) avizul eliberat de Ministerul Sănătății;
- 6) autorizația de utilizare eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare;
- 7) dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;
- 8) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, după caz;
- 9) dovada*) contului deschis la Trezoreria Statului;
- 10) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
- 11) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- 12) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
- 13) programul de activitate al furnizorului și al personalului care își exercită profesia la furnizor;
- 14) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului
- 15) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
- 16) documentul care atestă nivelul de pregătire a fizicienilor medicali/experti și a tehnicienilor.
- 17) certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) pentru asistentul medical/soră medicală valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

II. Documente suspensive pentru furnizorii de servicii de radioterapie:

- 1) dovada existenței următoarelor contracte, încheiate de furnizor în vederea acordării serviciilor de radioterapie:
 - 1.1. contract(e) cu furnizori autorizați potrivit legii pentru distribuirea de medicamente și materiale sanitare administrării concomitente cu ședința de radioterapie.
 - 1.2. contract(e) cu producători sau distribuitori autorizați potrivit legii, pentru furnizarea de aparatură pentru radioterapie;
 - 1.3. contract(e) pentru mentenanța și întreținerea aparatelor din unitatea de radioterapie autorizate potrivit legii;
 - 1.4. contract(e) cu laboratoare de analize medicale autorizate potrivit legii, pentru investigațiile necesare evaluării monitorizării evoluției bolnavului cu radioterapie pentru furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu și nu are în structura proprie laborator de analize medicale;
 - 1.5. contract(e) cu unități de tratare a deșeurilor autorizate potrivit legii;

1.6. contract(e) încheiat(e) de furnizorul privat care asigură servicii de radioterapie în regim ambulatoriu cu unități sanitare cu paturi pentru asigurarea tratamentului eventualelor efecte secundare sau complicații ale tratamentului prin radioterapie

2) dovada existenței unui sistem informatic pentru evidența bolnavilor, a serviciilor furnizate.

Documentele menționate la pct. I și II vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în copii certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

ANEXA B

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Centralizator

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Serviciul de radioterapie furnizat	Număr de bolnavi cărora li s-au furnizat ședințele de radioterapie	Număr ședințe furnizate	Tarif/serviciu (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
radioterapie cu ortovoltaj				
radioterapie cu accelerator liniar 2D				
radioterapie cu accelerator liniar 3D				
radioterapie IMRT adulți				
radioterapie IMRT copii fără anestezie				
radioterapie IMRT copii cu anestezie				
brahiterapie				
radioterapie stereotactică bolnavi adulți				
radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie				
radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie				
iradiere corporală totală adulți fără anestezie				
iradiere corporală totală sau cranio - spinală copii fără anestezie				
iradiere corporală totală sau cranio - spinală copii cu anestezie				

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii cu ortovoltaj**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie cu ortovoltaj	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie cu ortovoltaj realizate	Tarif /serviciu de radioterapie cu ortovoltaj realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie 2D**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie 2D	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie 2D realizate	Tarif /serviciu de radioterapie 2D realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie 3D**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie 3D	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie 3D realizate	Tarif /serviciu de radioterapie 3D realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor adulți beneficiari de servicii de IMRT**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie IMRT adulți	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie IMRT adulți realizate	Tarif /serviciu de radioterapie IMRT adulți realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de IMRT fără anestezie

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie IMRT copii fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie IMRT copii fără anestezie realizate	Tarif /serviciu de radioterapie IMRT copii fără anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de IMRT cu anestezie

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie IMRT copii cu anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie IMRT copii cu anestezie realizate	Tarif/ serviciu de radioterapie IMRT copii cu anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii de brahiterapie**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de brahiterapie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de brahiterapie realizate	Tarif /serviciu de brahiterapie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor adulți beneficiari de servicii radioterapie stereotactică**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie stereotactică adulți	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie stereotactică bolnavi adulți realizate	Tarif /serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi adulți realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii radioterapie stereotactică fără anestezie**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie stereotactică copii fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie realizate	Tarif /serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii fără anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii radioterapie stereotactică cu anestezie**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de radioterapie stereotactică copii cu anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie realizate	Tarif /serviciu de radioterapie stereotactică bolnavi copii cu anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor adulți beneficiari de servicii de iradiere corporală totală fără anestezie**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de iradiere corporală totală adult fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de iradiere corporală totală bolnavi adulți fără anestezie realizate	Tarif /serviciu de iradiere corporală totală bolnav adult fără anestezie realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ**Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de iradiere corporală totală sau cranio - spinală fără anestezie**

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală copil fără anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală fără anestezie bolnavi copii realizate	Tarif /serviciu de iradiere corporală totală sau cranio - spinală fără anestezie /bolnav copil realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor copii beneficiari de servicii de iradiere corporală totală sau cranio - spinală cu anestezie

Furnizor

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de ședințe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală copil cu anestezie	Diagnostic	Cod boală	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe de iradiere corporală totală sau cranio - spinală cu anestezie bolnavi copii realizate	Tarif /serviciu de iradiere corporală totală sau cranio - spinală cu anestezie /bolnav copil realizat	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5*C6
1.							
2.							
...							
TOTAL		x	x	x		x	

ANEXA Nr. 3**(ANEXA nr. 5¹ la Normele tehnice)****CONTRACT DE FURNIZARE****de servicii conexe actului medical în cadrul Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în anii 2022 - 2023****I. Părțile contractante**

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin Director general,

și

Unitatea de specialitate, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentată prin, denumit în continuare Furnizor.

II. Obiectul contractului**ART. 1**

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor conexe actului medical pentru Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului național de sănătate mintală, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare și Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările și completările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile conexe furnizate**ART. 2**

Unitățile de specialitate (Furnizorul) de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist prestează asiguraților serviciile cuprinse în normele tehnice, respectiv: servicii de psihoterapie și/sau consiliere psihologică clinică și/sau consiliere/intervenție de psihopedagogie specială-logopedie, respectiv intervenții psihologice validate științific în tulburări din spectru autist, inclusiv elaborarea unui plan de intervenție personalizat pentru fiecare bolnav.

ART. 3

Furnizarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se face de către:

a)

Nume:Prenume:

Codul numeric personal:

Codul de parafă:

Program zilnic de activitate:

b)

Nume:Prenume:

Codul numeric personal:

Codul de parafă:

Program zilnic de activitate:

c).....

d).....

IV. Durata contractului**ART. 4**

Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la data de 31 decembrie 2023.

ART. 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă și conținut acceptabile, a tuturor documentelor și dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condițiilor din anexa A la prezentul contract.

(2) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022, cu modificările și completările ulterioare

V. Obligațiile părților**A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate****ART. 6**

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii conexe autorizați și evaluați sau autorizați și acreditați/înscriși în procesul de acreditare, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii conexe, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor conexe contractate, 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;

c) să informeze furnizorul de servicii conexe cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorul de servicii conexe cu privire la derularea Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist și cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii conexe, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii de servicii conexe care derulează Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sumele reprezentând contravaloarea serviciilor conexe, în situația în care asigurații nu erau în drept și

nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor conexe;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile conexe acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor conexe posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

k) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii conexe, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii conexe a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

(2) Casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), au obligația de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe site-ul propriu lista unităților de specialitate care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

B. Obligațiile unităților de specialitate (furnizorilor) pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

ART. 7

Furnizorul de servicii conexe are următoarele obligații:

- a) să furnizeze bolnavilor asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, servicii conexe și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de acordare a acestui tip de serviciu, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- b) să utilizeze fondurile primite pentru subprogramul național de sănătate curativ, potrivit destinației acestuia;
- c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unitățile de specialitate vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul subprogramului;
- d) să întocmească și să transmită în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor conexe acordate în limita sumei prevăzute în contract; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii conexe în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific, serviciilor efectuate;
- f) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a psihologului și a furnizorului;
- h) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;
- i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;
- j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațională în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; 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 conexe 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 conex și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să utilizeze 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 a asigurărilor de sănătate, caz în care unitățile de specialitate sunt obligate să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

l) 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 conexe, acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile conexe înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile conexe 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) și (11) 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;

m) să transmită în platforma informatică a asigurărilor de sănătate serviciile conexe, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. l), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor conexe acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor conexe acordate se face prin semnătură electronică extinsă, /calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile conexe nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile conexe efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat subprogramului național de sănătate curativ;

o) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile conexe care se asigură în cadrul subprogramului național de sănătate curativ și pentru serviciile/documentele

efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor conexe, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

- p) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- q) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare activitate din cadrul subprogramului național de sănătate curativ;
- r) să raporteze corect și complet serviciile conexe efectuate;
- s) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
- ș) să asigure servicii conexe pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- t) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile conexe, asigurate potrivit prevederilor lit. ș) și decontate din bugetul FNUASS;
- ț) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile conexe prevăzute la lit. ș) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoțitoare;
- u) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de servicii conexe în cadrul subprogramului. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;
- v) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru, Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sau veniturile realizate în baza contractului, după caz, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;
- x) să întocmească documentele necesare pentru acordarea/întreruperea serviciilor conexe, după caz;
- y) să afișeze într-un loc vizibil 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;

z) să ia toate măsurile necesare pentru respectarea de către furnizorul de servicii conexe a tuturor obligațiilor privind condițiile acordării serviciilor conexe, prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății, al ministrului educației naționale și cercetării științifice, al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 968/5194/1945/714/2016, cu modificările ulterioare.

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Modalitatea de plată a serviciilor conexe este de tarif/serviciu conex, tarif conform normelor tehnice, respectiv: tarif/ședință de psihoterapie/de consiliere psihologică clinică/de consiliere sau intervenție de psihopedagogie specială-logopedie: 135 lei.

(2) Suma anuală contractată este lei, din care:

Trimestrul I lei,

Trimestrul II lei,

Trimestrului III lei,

Trimestrul IV lei,

ART. 9

(1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declarația de servicii conexe lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul și volumul serviciilor conexe furnizate asiguraților în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară celei pentru care se face raportarea, numărul beneficiarilor de servicii conexe, pe tipuri de servicii și suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul ședințelor conexe pe tipuri de servicii înmulțit cu tariful tipului de serviciu.

(2) Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declarația de servicii conexe privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate și factura pentru suma prevăzută în declarația de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate și acordării vizei „bun de plată”, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului.

(3) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menționat la alin. (2), precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depășit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 10

(1) Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii conexe va încheia o poliță de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puțin pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al președintelui CNAS pentru furnizorii de servicii conexe) pentru astfel de riscuri și în astfel de termeni și condiții, cu un asigurător autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor. Polița de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data încetării prezentului contract.

VIII. Clauze speciale

ART. 11

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 12

Efectuarea de servicii conexe peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

IX. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

ART. 13 - Nerespectarea de către unitățile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 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, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% contravaloarea serviciilor conexe 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 3% la contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

Art. 14 - Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii conexe, acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii conexe și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

Art. 15

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

- a) furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

(2) Contractul încetează în următoarele situații:

- a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- b) acordul de voință al părților;

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

Art. 16

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

a) furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de asigurare a serviciilor conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul subprogramului de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. h) în condițiile în care furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, a dovezii de acreditare sau înscrierii în procesul de acreditare, după caz, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei, precum și a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor; suspendarea operează de drept de la data neîndeplinirii oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile conexe.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valoarea de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.”

X. Corespondența

ART. 17

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 18

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART.19

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

ART. 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 21

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

ART. 22

Anexele A și B fac parte integrantă din prezentul contract.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în cadrul Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist a fost încheiat

astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate

Director General,

.....

Furnizor

Reprezentant legal,

.....

Director executiv

Direcția Economică,

.....

Director executiv

Direcția Relații Contractuale,

.....

Medic-Şef,

.....

Vizat juridic, contencios

.....

Anexa A - Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei în concordanță cu tipul de furnizor, atât pentru furnizor, cât și pentru psihologii care își desfășoară activitatea în formele prevăzute la art. 6 din Legea nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția furnizorilor în care își desfășoară activitatea un singur psiholog care vor încheia asigurare de răspundere civilă profesională în domeniul psihologiei numai pentru acesta;
- f) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme;
- g) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
- h) programul de activitate al furnizorului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz;
- i) certificatul de membru al Colegiul Psihologilor din România pentru fiecare psiholog care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul psihologiei.

Anexa B**DECLARAȚIE LUNARĂ DE SERVICII**

Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Furnizor.....

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna.....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de servicii conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist	Număr de servicii conexe	Tarif/serviciu conex (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
1				
2				
.....				
TOTAL				

Anexa Nr. 4
(ANEXA nr. 9 la normele tehnice)

**REFERAT DE SOLICITARE A STABILIRII PROFILULUI MOLECULAR
HEMOPATII MALIGNE**

Unitatea sanitară
Secția
Tel./fax, mail
Numele și prenumele medicului curant
Numele și prenumele bolnavului, CNP
Diagnostic clinic

Hemoleucograma cu frotiu
Medulograma
Colorații citochimice
Adenopatii.....
Hepato/splenomegalie.....

Investigații solicitate:

1. Imunofenotipare (EDTA) pentru hemopatii maligne

- Sânge periferic sau
- aspirat medular.

2. Examen citogenetic și FISH

- Sânge periferic sau
- aspirat medular.

3. Biologie moleculară RT - PCR;

- Sânge periferic sau
- aspirat medular.

4. Biologie moleculară secvențiere convențională sau NGS

- Sânge periferic sau
- aspirat medular.

Data și ora recoltării probei

Semnătura și parafa medicului curant

Anexa Nr. 5
(ANEXA nr. 10 la normele tehnice)

REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC GENETIC A TUMORILOR SOLIDE MALIGNNE

Unitatea sanitară

Secția

Tel./fax, mail

Numele și prenumele medicului curant

Numele și prenumele bolnavului, CNP

Diagnostic clinic

Investigații solicitate:

1. Testare genetică pentru neuroblastom
2. Testare genetică pentru sarcom Ewing
3. Testare genetică pentru rabdomiosarcom
4. Testare genetică pentru tumori primare ale sistemului nervos central
5. Testare genetică pentru retinoblastom

Data și ora recoltării probei

Semnătura și parafa medicului curant.....

Anexa Nr. 6
(Anexa nr. 10¹ la Normele tehnice)

Unitatea sanitarăSecția
 Nr contract încheiat cu CAS.....
 Numele și prenumele medicului
 Specialitatea.....
 Date contact medic: Tel./fax, mail

REFERAT DE SOLICITARE A STABILIRII PROFILULUI MOLECULAR

I. Datele de identificare ale pacientului

Nume.....
 Prenume.....
 CNP.....

II. Datele clinice ale pacientului

a) Diagnostic:

- Cancer colorectal local avansat sau metastazat stadiul TNM.....
 Cancer ovarian local avansat sau metastazat stadiul TNM.....
 Cancer bronhopulmonar altul decat cel cu celule mici (NSCLC) stadiul TMN
 ○ Non-scuamaos
 ○ Scuamos fumatori
 ○ Scuamos nefumatori
 ○ EGFR+, tratat cu inhibitori EGFR
- Cancer de sân stadiul TNM.....

b) Diagnosticul histopatologic a fost confirmat în data deprin rezultatul histopatologic cu nr..... de către compartimentul/laboratorul de anatomie patologică din cadrul unității sanitare.....

III. Servicii de testare solicitate

Diagnostic	Panelul de teste	Solicitare*
cancer colorectal local avansat sau metastazat	Panelul de teste nr. 1	
Cancer ovarian local avansat sau metastazat	Panelul de teste nr 1	
Cancer bronhopulmonar altul decat cel cu celule mici (NSCLC)	Panelul de teste nr.1 si nr 2	
	Panelul de teste nr 1 si nr 3	
	Panelul de teste nr 1 si nr 4	
	Panelul de teste nr 5	
Cancer de sân	Panelul de teste nr 1	
	Panelul de teste nr. 3	

*se bifeaza panelul de teste corespunzator diagnosticului si profilului pacientului

Data
 Semnătura și parafa medicului curant.....

Anexa Nr. 7
(Anexa nr. 15¹ la Normele tehnice)

PLAN DE INTERVENȚIE PERSONALIZAT

Nume pacient:
Data nașterii:
Nume psiholog:
Nume părinți/reprezentanți legali:
Diagnostic conform documentelor medicale:
Data:

Recomandări generale intervenție	Tipul de intervenție/serviciu
	Număr ședințe recomandat săptămânal în urma evaluării inițiale: Număr ședințe alocat săptămânal:
	Integrare socială: Program recomandat:
	Alte observații:

Rezultatele evaluării inițiale

La dosarul copilului va fi atașată evaluarea inițială – evaluarea realizată de psihologul clinician pe baza unui test avizat de Colegiul Psihologilor sau evaluarea proprie pe baza unui chestionar de evaluare a abilităților.

Dosarul copilului/ persoanei cu TSA

Pe baza planului de intervenție, va fi întocmit dosarul copilului ce va cuprinde:

- planul de intervenție – planul de intervenție va fi actualizat lunar pe baza ritmului de progres al beneficiarului
- evaluarea abilităților – reevaluarea va fi realizată la 6 luni
- fișa pentru fiecare obiectiv în care va fi detaliat obiectivul și modul de lucru
- fișa de colectare a datelor pentru fiecare obiectiv în parte
- fișa de monitorizare a comportamentelor neadecvate*

* doar în cazul intervențiilor de tip psihoterapie/consiliere psihologică clinică

<p>Managementul ședinței de intervenție – vor fi descrise aspectele care trebuie urmărite pentru o bună organizare în ședința de intervenție</p> <ul style="list-style-type: none"> - durata unei activități în funcție de vârsta copilului și capacitatea de colaborare în activități - numărul de obiective recomandate a fi atinse într-o sesiune de 50 minute - modalitatea de colectare a datelor - criteriile de masterare - mixarea obiectivelor

ANALIZA FUNCționalĂ și intervenția asupra comportamentelor neadecvate

COMPORTAMENT – definiția comportamentului neadecvat	FUNCȚIA identificată în urma analizei funcționale	INTERVENȚIA recomandată

Obiective terapeutice – vor fi stabilite obiective terapeutice care să țină cont de: informațiile obținute în urma evaluării inițiale a abilităților, numărul de ore de terapie alocate săptămânal, intervenția asupra tuturor ariilor de dezvoltare.

Obiectivele menționate mai jos pe fiecare arie de dezvoltare în parte sunt doar câteva exemple. Obiectivele din planul de intervenție, descrierea acestora și numărul obiectivelor pe fiecare arie de dezvoltare va fi individualizat pentru fiecare beneficiar în parte.

NUME OBIECTIV	DESCRIEREA OBIECTIVULUI	ITEMI	Mod de lucru/ Tehnici utilizate
DEZVOLTAREA COMUNICĂRII			
Dezvoltarea cererilor: verbale sau nonverbale			
Dezvoltarea atenției împărțite			

DEZVOLTAREA ABILITĂȚILOR DE PARTICIPARE LA ACTIVITĂȚI	
Dezvoltarea contactului vizual	
Răspunde la instrucțiunile de participare la activități	
DEZVOLTAREA LIMBAJULUI receptiv	
Identificarea receptivă a obiectelor din mediu	
Identificarea persoanelor, acțiunilor etc.	
DEZVOLTAREA LIMBAJULUI expresiv	
Dezvoltarea imitației verbale	
Identificarea expresivă a obiectelor din mediu	
Identificarea persoanelor, acțiunilor etc.	
DEZVOLTAREA SOCIALĂ	
Dezvoltarea abilității de a imita	
Răspuns la nume	
Dezvoltarea jocului	
Joc cu alt copil	
DEZVOLTAREA COGNITIVĂ	
Dezvoltarea abilității de a face asocieri	
Activități matematice	

DEZVOLTAREA FIZICĂ/ COORDONARE VIZUAL MOTRICĂ	
Desen/ colorat/ scris	
Decupat	
Utilizarea obiectelor	
DEZVOLTAREA AUTONOMIEI ȘI INDEPENDENȚEI PERSONALE	
Dezvoltarea activităților/jocurilor independente	
Dezvoltarea abilităților de îngrijire personală	
Alimentație	

GENERALIZAREA OBIECTIVELOR însușite/ masterate			
Nume obiectiv	Generalizarea stimulilor discriminativi/ solicitărilor	Generalizarea mediului de lucru	Generalizarea persoanelor care solicită copilul să demonstreze abilitatea respectivă

PLAN DE INTERVENȚIE LA DOMICILIU	
Vor fi selectate obiective din planul de intervenție care trebuie continuate de către părinți la domiciliu. Fișa de obiective va fi urmărită zilnic de către părinți și se vor colecta date ce vor fi discutate împreună cu psihologul care aplică planul de intervenție.	
Obiectiv	Descriere
	Notări părinți

ANEXA Nr. 8
(ANEXA nr. 16 B.4.1 la normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE

**Pentru includerea în Programul național oncologie - Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară
Leucemii acute și neoplasme mielodisplazice**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
	- laborator de analize medicale din structura spitalului - secție de Hematologie		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
I.	DIAGNOSTICUL HEMOPATIILOR MALIGNE		
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute și neoplasme mielodisplazice, cu o experiență de minim 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute și a și neoplasme mielodisplazice și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire).		

	Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
2.	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului citogenetic și FISH, acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire). Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
3.	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT-PCR acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul RT-PCR cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire). Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
4.	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvențiere convențională sau NGS acesta va face dovada încadrării cu personal specializat cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire). Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotări minime pentru includere în program:		
1.	Citologie și citochimie		
1.1.	Microscop optic cu examinare în câmp luminos		
2.	Citometrie în flux		
2.1.	- citometru în flux cu minimum 8 culori în stare de funcționare		
II.	Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic și FISH		
1.	Citogenetică pentru:		
1.1.	- culturi celulare		
1.2.	- hotă de biosecuritate clasa A2;		
1.3.	- incubator cu atmosferă controlată de CO ₂ ;		
1.4.	- microscop inversat;		
1.5.	- microscopie optică		
1.6.	- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă și epifluorescență;		

III.	Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT-PCR:		
1.	- sistem real time PCR;		
2.	- thermocycler PCR;		
	- sistem electroforeză chip/microfluidică/clasic		
IV.	Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvențiere convențională sau NGS		
1.	- platforma NGS /secvențiere conventionala		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER**MEDIC COORDONATOR****DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

ANEXA Nr. 9
(ANEXA nr. 16 B.4.2 la normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național oncologic - Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară
Sindroame mieloproliferative cronice și Sindroame limfoproliferative cronice

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		
	sau		
	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
	- laborator de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată		
	sau		
	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare		
	sau		
	- unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie		
	sau		
	- laborator de analize medicale din structura spitalului		
	sau		
	- centrul de diagnostic și tratament		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a hemopatiilor maligne cronice, cu o experiență de minim 2 ani în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire). Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
2.	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului citogenetic și FISH în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice, acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire). Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
3.	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT-PCR în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul RT-PCR cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire). Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		
	În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvențiere convențională sau NGS în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice acesta va face dovada încadrării cu personal specializat cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire). Atestarea experienței se realizează conform celor prevăzute în Anexa nr. 16 B.4.3.		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	Dotări minime pentru includere în program:		
1	Citometrie în flux		
1.1	- citometru în flux cu minimum 8 culori în stare de funcționare		
II.	Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic și FISH		
1.	Citogenetică pentru:		
1.1.	- culturi celulare		
1.2.	- hotă de biosecuritate clasa A2;		

1.3.	- incubator cu atmosferă controlată de CO ₂ ;		
1.4.	- microscop inversat;		
1.5.	- microscopie optică		
1.6.	- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă și epifluorescență;		
III.	Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară:		
1.	- sistem real time PCR;		
2.	- thermocycler PCR;		
	- sistem electroforeză chip/microfluidică/clasic		
IV.	Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvențiere convențională sau NGS		
1.	- platforma NGS /secvențiere convențională		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER**MEDIC COORDONATOR****DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.**CAS.....**

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

ANEXA Nr. 10
(ANEXA nr. 16 B.4.3 la normele tehnice)

UNITATEA SANITARĂ.....

Programul național de oncologie - Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară

ADEVERINȚA DE ÎNDEPLINIRE CRITERII EXPERTIZĂ ÎN DIAGNOSTICUL HEMOPATIILOR MALIGNE PRIN IMUNOFENOTIPARE / CITOGENETICĂ / BIOLOGIE MOLECULARĂ

NR.....DIN DATA.....

Domnul/Doamna (nume si prenume)

Specialitate.....

Îndeplinește următoarele criterii în urma activității în unitatea noastră:

- diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute și neoplasme mielodisplazice, cu o experiență de minim 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute și neoplasme mielodisplazice și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire)
- examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire)
- examenul RT-PCR cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire)
- examenul de biologie moleculară prin secvențiere convențională sau NGS cu experiență în domeniu de cel puțin 2 ani și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire)

Au fost verificate documentele corespunzătoare instruirii în tehnica/tehnicele de laborator menționate, care se atașează.

Coordonator Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară sau responsabil/sef de laborator

Nume si prenume.....

Semnătura.....

Data.....

	- simulator 2D convențional		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
3.	Radioterapie cu accelerator liniar 3D		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem de plan tratament(TPS) - stații de lucru pentru conturarea volumelor țintă de către medici, stații de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni și stații de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
	- sisteme de imobilizare pacient pentru sala de simulare și sala de tratament, adaptate diverselor localizări tumorale		
	- sistem de portal imaging tip kV/MV		
4.	IMRT		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC(colimator multilamelar)		
	- sistem de plan tratament(TPS), soft dedicat pentru IMRT; - stații de lucru pentru conturarea volumelor țintă de către medici, stații de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni și stații de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	- sistem dozimetric de verificare a planului de tratament (fantom/dozimetrie portala sau echivalentă)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
	- sisteme de imobilizare pacient pentru sala de simulare și sala de tratament, adaptate diverselor localizări tumorale		
	- sistem de portal imaging tip kV/MV pentru cancerele capului, gâtului și toracelui (inclusiv mamar), dacă CBCT indisponibil		
5.	Brahiterapie 2D		
	- simulator 2D - sistem de imagistică cu braț C		
	- instalație de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament(TPS), soft dedicat pentru 2D		
	- accesorii brahiterapie(masă radiotransparentă, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea pozițiilor dorite - decubit dorsal și litotomie -, mobilă și să aibă sistem de blocare a mișcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstițiali, container de urgență pentru surse, forceps lung)		
	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de brahiterapie		
6.	Brahiterapie 3D		
	- simulator CT/RMN		

	- instalație de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru 3D		
	- accesorii brahiterapie compatibile cu CT/RMN (masă CT/RMN compatibilă, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea pozițiilor dorite - decubit dorsal și litotomie -, mobilă și să aibă sistem de blocare a mișcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstițiali, container de urgență pentru surse, forceps lung)		
	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de brahiterapie		
7.	Brahiterapie 3D prostată implant permanent (LDR) sau temporar (HDR)		
	- sistem de plan tratament dedicat		
	- ecografie endorectală		
	- Stepper unit + Grila de reperaj + sisteme de solidarizare cu masa de tratament		
	- sistem dozimetric dedicat pentru brahiterapie		
8.	RT stereotactică pentru craniu și extracranian ținte „fixe” (recidive în sfera ORL, metastaze osoase calota, coloana, bazin, femur, humerus proximal)		
	- simulator CT/ simulator RMN		
	- sisteme de imobilizare rigidă a pacientului pentru sala de simulare și sala de tratament (masca specifică RT stereotactice)		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu: MLC (colimator multilamelar cu lame ≤5 mm sau colimator cu conuri), energie minim 6 MV și debit de minim 800 MU/min cu FFF		
	- sisteme de portal imaging de tip CBCT		
	- sistem de plan tratament (TPS) cu opțiune de RT stereotactică		
	- masa de iradiere cu 6 grade de libertate sau demonstrarea unui sistem eficient de control al calitatii prin care suma erorilor determinate de poziționarea mesei, poziționarea colimatorului, poziționarea Gantry, poziționare MLC, să nu depășească 3 mm.		
	- sisteme de dozimetrie de verificare a planului de tratament pe fantom dedicat RT stereotactice		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
9.	RT stereotactică extracranian inclusiv metastaze osoase cu mobilitate semnificativă în timpul RT (Stern, coaste, altele decât cele de la punctul 8)		
	- simulator CT/ simulator RMN cu abilitate de 4D-CT		
	- sisteme de imobilizare rigidă a pacientului pentru sala de simulare și sala de tratament		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC (colimator multilamelar cu lame ≤5 mm sau colimator cu conuri), energie minim 6 MV și debit de minim 800 MU/min cu FFF		
	- sisteme de portal imaging tip CBCT		
	- sistem de monitorizare și control a mobilității țintei		
	- masa de iradiere cu 6 grade de libertate sau demonstrarea unui sistem eficient de control al calității prin care suma erorilor determinate de poziționarea mesei, poziționarea colimatorului, poziționarea Gantry, poziționare MLC, să nu depășească 3 mm		
	- sistem de plan tratament (TPS), cu opțiunea de SBRT		
	- sisteme de dozimetrie de verificare a planului de tratament pe fantom dedicat RT stereotactice		

10	Specific pentru radioterapia pediatrica (subiecți <18 ani)		
	În plus fata de specificațiile pentru IMRT sau SBRT de la adulți, pentru cazurile care necesita anestezie, activitatea ATI se desfășoară respectând normele de organizare și dotare prevăzute în articolele 3-9, art. 12 și Anexa 1 din Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009 privind aprobarea regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare.		
11	IRADIERE TOTALĂ (corporală/medulară/cutanată totală)		
	simulator CT		
	aparatură de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC (colimator multilamelar)		
	- sistem de plan tratament (TPS), soft dedicat pentru IMRT; stații de lucru pentru conturarea volumelor țintă de către medici, stații de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni și stații de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	sistem dozimetric, inclusiv dozimetrie în vivo (TLD sau Echivalente)		
	sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament		
	sisteme de imobilizare pacient pentru sala de simulare și sala de tratament		
	sistem de portal imaging tip CBCT		
	sistem de verificare a planului de tratament pe fantomă		

****** Calificările personalului (medici în specialitatea radioterapie, fizicieni, tehnicieni de radioterapie) pentru SBRT sunt următoarele:

- cu expertiză deja în domeniu (mai mult de 100 de pacienți deja tratați) sau
- curs de perfecționare de stereotaxie național acreditat de Ministerul Sănătății sau Colegiul Medicilor din România sau atestat de absolvire curs internațional omonim pentru medici și fizicieni medicali și
- curs de stereotaxie regional / național acreditat de Ministerul Sănătății sau atestat de absolvire internațional omonim pentru tehnicieni de radioterapie și
- stagiul de perfecționare de stereotaxie pentru medici, fizicieni și tehnicieni, în instituții medicale cu expertiză în domeniu, în România sau în afara ei.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER**MEDIC COORDONATOR****DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 4.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

ANEXA Nr. 12
(Anexa nr. 16 B.6 la Normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de oncologie – Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Reprezentant legal*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești sau		
	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară organizată ca:		
1.	- laborator de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată sau - unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare sau - unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie sau - laborator din structura spitalului sau - centrul de diagnostic și tratament/centrul medical		
2.	Să facă dovada că pe toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca și compartiment în structura laboratorului de analize medicale, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică		
3.	Să efectueze efectiv în România, în laboratorul de anatomie patologică/compartimentul de anatomie patologică din structura laboratorului de analize medicale toate testările din pachetul / pachetele de testare		

Capitolul 3 Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu personal medical a laboratorului de analize medicale conform criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A „Evaluarea capacității resurselor tehnice”, punctul 6 „Histopatologie” din anexa 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate		
2.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin IHC și/sau FISH al tumorilor solide maligne, cu experiență de minim 3 ani în diagnosticul acestora și un număr minim de 30 de cazuri cu tumori solide maligne diagnosticate în ultimele 12 luni, indiferent de subtipul acestora		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea și participarea la controale externe de calitate

4.1	Dotare	DA	NU
	Platforma IHC automată cu marcaj CE		
4.2	Să facă dovada** participării la controalele externe de calitate pentru fiecare tip de testare (cel puțin o (1) participare în anul calendaristic anterior) pentru:		
	- IHC		
	- FISH		

** .Dovada participării la controalele externe de calitate se va face pentru IHC sau FISH sau IHC+FISH în funcție de serviciile de testare solicitate a fi contractate de către furnizor, corespunzătoare tipurilor de tumori solide prevăzute în Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
REPREZENTANT LEGAL

Semnătura
MEDIC COORDONATOR

Semnătura
DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului / reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA Nr. 13
(Anexa nr. 16 B.7 la Normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de oncologie – Subprogramul național de testare genetică

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Reprezentant legal*: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical: Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		
	sau		
	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară organizată ca:		
1.	- laborator de anatomie patologică		
	sau		
	laborator de analize medicale cu compartiment de anatomie patologică		
2.	Să facă dovada că pe toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca și compartiment în structura laboratorului de analize medicale, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică		
3.	Să efectueze efectiv în România, în laboratorul de anatomie patologică/compartimentul de anatomie patologică din structura laboratorului de analize medicale toate testările din pachetul /		

	pachetele de testare		
--	----------------------	--	--

Capitolul 3. Criterii privind participarea la controale externe de calitate, dotare și cerințe suplimentare privind specializarea medicilor anatomo-patologi pentru efectuarea unor testări

		DA	NU
1.	CANCER COLORECTAL LOCAL AVANSAT SAU METASTAZAT		
1.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate pentru fiecare tip de testare (cel puțin o (1) în anul calendaristic anterior) pentru:		
	IHC		
	- PCR		
1.2	Dotare:		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		
	- Platforma PCR		
2.	CANCER OVARIAN LOCAL AVANSAT SI METASTAZAT		
2.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate (cel puțin o (1) participare în anul calendaristic anterior pentru tehnica NGS)		
2.2	Dotare:		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		
	- Platforma NGS		
3.	CANCER BRONHO PULMONAR, ALTUL DECÂT CEL CU CELULE MICI (NSCLC) (Nota 1)		
3.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate pentru fiecare tip de testare (cel puțin o (1) participare în anul calendaristic anterior) pentru:		
	- IHC - testare ALK		
	-IHC- testare PD-L1 pentru una din clonele folosite în anul anterior cu păstrarea obligativității certificării medicului pentru diagnosticul fiecărei clone, pentru:		
	- Clona SP 142		
	- Clona SP 263		
	- Clona 22 C3		
	- PCR -testare EGFR		
	- tehnica NGS		
3.2	Cerințe medic/medici anatomo-patologi		
	- Personalul specializat (medici anatomo-patologi) să dețină atestat/certificat pentru efectuarea PD-L1 (prin IHC) pentru fiecare tip de clonă contractată		

3.3	Dotare:		
a)	Pentru pachetul 1, 2 și 3 de testare:		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		
	- Platforma NGS		
	- Platforma Ventana pentru PD-L1 clona SP 142 și clona Sp 263		
	- Platforma Autostainer 48 Agilent/ platforma OMNIS pentru PD-L1 clona 22 C3		
b)	Pentru pachetul 1 și 4 de testare:		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		
	- Platforma PCR		
	- Platforma Ventana pentru PD-L1 clona Sp 263		
c)	Pentru pachetul 5 de testare:		
	- Platforma PCR		
4.	NEOPLASM MAMAR (Nota 2)		
4.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate pentru fiecare tip de testare (cel puțin o (1) participare în anul calendaristic anterior) pentru:		
	- IHC- testare HR+HER2+Ki67		
	- --SISH/FISH - testare HER2		
	- tehnica NGS		
	- IHC-testare PD-L1 clona contractată		
4.2	Cerințe medic/medici anatomo-patologi		
	- Personalul specializat (medici anatomo-patologi) să dețină atestat/certificat pentru:		
	- efectuarea PD-L1 clona contractată (prin IHC)		
	efectuarea HER2prin:		
	- IHC		
	- SISH/FISH		
4.3	Dotare:		
a)	pentru pachetul 1 de testare:		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		
	sau		
	- Platforma comună IHC și ISH cu marcaj CE		
b)	pentru pachetul 2 de testare:		
	- Platforma ISH automată cu marcaj CE		

	sau - Platforma comună IHC și ISH cu marcaj CE		
c)	pentru pachetul 3 de testare:		
	- Platforma NGS		
	- Platforma Ventana cu sistem propriu de scorificare pentru PD-L1 SP 142		

Nota 1

1. Este recomandat ca același furnizor să efectueze și să contracteze toate cele 5 pachetele de testare.

2. Este obligatorie efectuarea și contractarea pachetului 1, 2 și 3 de către un furnizor. În situația în care, pe pachetul 1 de testare nu se confirmă diagnosticul de carcinom bronhopulmonar NSCLC care să necesite testarea ulterioară pe pachetul de testare 2 sau 3, acestea nu se vor efectua de către furnizor.

3. Este obligatorie efectuarea și contractarea pachetului 1 și 4 de testare de către un furnizor. În situația în care, pe pachetul 1 de testare nu se confirmă diagnosticul de carcinom bronhopulmonar NSCLC care să necesite testarea ulterioară pe pachetul 4 de testare, acesta nu se va efectua de către furnizor.

4. Furnizorul care efectuează și contractează pachetul 5 de testare nu este obligatoriu să efectueze și să contracteze și pachetele de testare 1,2 și 3 sau 1 și 4 sau 1, 2,3 și 4

Nota 2

1. Este recomandat ca același furnizor să efectueze și să contracteze toate pachetele de testare

2. Este obligatoriu a fi efectuate și contractate pachetele de testare 1 și 2 de către un furnizor.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului / reprezentantului legal.

Capitolul 3.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

ANEXA Nr. 14
(Anexa nr. 16 H.1 la Normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de sănătate mintală - Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicod dependență, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Medic coordonator:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Director medical:
 Nume Prenume

 Adresă

 Telefon fax

 E-mail

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară cu paturi/ spital penitenciar detox care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție / compartiment de specialități psihiatrice sau - secție / compartiment toxicomanie sau - paturi de toxicologie în structura ATI		
2.	- secție / compartiment ATI sau terapie intensivă pentru tratamentul de urgență a intoxicațiilor acute detox substitutiv / nonsubstitutiv și inițiere de tratament substitutiv		
3.	- laborator de analize medicale - compartiment de toxicologie pentru depistarea substanțelor psihoactive		
4.	- structură de primiri urgențe a bolnavilor cu agitație psihomotorie indusă de substanțe, intoxicație sau sevraj la		

	substanțe psihoactive (precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S)		
5.	- farmacie cu circuit închis		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- psihiatrie (monitorizarea evoluției pacienților internați)		
2.	- ATI sau terapie intensivă		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de psihiatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de toxicomanie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de ATI sau terapie intensivă conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
4.	Asistenți sociali		
5.	Psihologi cu minim 40 ore de formare în adicții		
6.	Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Teste urinare de depistare a drogurilor în urină		
2.	Teste rapide de narcodependență		
3.	Aparat monitorizare gazometrie		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER**MEDIC COORDONATOR****DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

Anexa Nr. 15
(ANEXA nr. 16 H2 la normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de sănătate mintală - Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Județul
 Localitatea
 Unitatea de specialitate
 Adresă
 Telefon
 Fax
 E-mail
 Reprezentant legal/administrator*:
 Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail

Capitolul 1. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
1.	Furnizorul de servicii conexe actului medical pentru persoane cu TSA are în structura organizatorică aprobată		
	- cabinet de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în una din specialitățile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială		

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Psihologi cu drept de liberă practică atestați în una din specialitățile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională și psihopedagogie specială, care îndeplinesc una dintre următoarele condiții de formare de specialitate în domeniul intervenției pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist:		
.	au absolvit un program internațional de formare profesională de lungă durată sau de scurtă durată de minimum 40 de ore într-o metodă de intervenție validată științific în tulburări din spectrul autist, avizată de Colegiul Psihologilor din România sau		
	au absolvit un curs de formare continuă avizat de Colegiul Psihologilor din România de minimum 40 de ore (40 de credite) în domeniul intervențiilor psihologice validate științific în tulburări din spectrul autist sau		
	fac dovada experienței profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de minimum 2 ani, demonstrată prin contractul individual de muncă, însoțit de fișa postului aferentă, precum și de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având		

	treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialitățile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică angajați sau		
	fac dovada experienței profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de minimum 2 ani, demonstrată prin anexa formei de exercitare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, precum și de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialitățile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică titulari ai unei forme de exercitare a profesiei.		

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Minim două probe de evaluare psihologică care trebuie să evalueze abilitățile persoanei cu TSA, urmărind toate ariile de dezvoltare: abilitățile de comunicare, abilitățile de participare la activități, abilitățile sociale, abilitățile cognitive, abilitățile de limbaj receptiv și expresiv, abilitățile de autonomie personală cu excepția cabinetului de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în specialitatea psihopedagogie specială-logopedie		
2.	Mobilier curent și scaune de diverse dimensiuni adaptate vârstei pacientului (adult/copil)		
3.	Dulapuri compartimentate și închise, astfel încât materialele de lucru să nu fie la vedere		
4.	Etajere pentru materialele de lucru specifice pentru activitățile de joacă		
5.	Kit de lucru care să cuprindă seturi de imagini specifice organizate pe domenii: obiecte, acțiuni, potriviri, asocieri, noțiuni opuse, secvențialitate, cauză-efect, povești sociale, poziții spațiale, locații și meserii, identificarea emoțiilor, reguli sociale		
6.	Cărți cu imagini specifice potrivite pentru diferite etape în dezvoltare		
7.	Seturi de jucării organizate pe categorii (în dublu exemplar): animale domestice și sălbatice, mașinuțe, instrumente muzicale, mobilier de jucărie, veselă și tacâmuri de jucărie, legume, fructe etc.		
8.	Jocuri tip puzzle		
9.	Jocuri de asamblare (lego, piese de lemn pentru construcții)		
10.	Materiale ce vor fi utilizate ca motivație în sesiunile de terapie: baloane de săpun, jucării cu luminițe, instrumente muzicale, materiale senzoriale (sclipici, biluțe, nisip kinetic etc.), abțipilduri, păpuși de pus pe degete, mingi de diferite dimensiuni		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

**REPREZENTANT LEGAL/
ADMINISTRATOR**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal/administratorului

Capitolul 4.

CAS.....

Unitatea de specialitate:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE

MEDIC ȘEF

Anexa Nr. 16
(ANEXA nr. 16 J.8 la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE

**Pentru includerea în Programul național de ortopedie – Corectarea inegalităților și diformităților
membrelor la copil**

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager*:
Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Medic coordonator:
Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

Director medical:
Nume Prenume

Adresă

Telefon fax

E-mail

**Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de
sănătate**

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:		
1.	- secție de ortopedie pediatrică cu minim 10 paturi		
2.	- secție ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizați categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării de IRM, CT, ecografie musculoscheletală		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical		

7.	- secție / compartiment / cabinet medical de recuperare		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		
II	Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unității sanitare, pentru specialitățile:		
1.	- ortopedie pediatrică (minim 1)		
2.	- ATI (minim 1)		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice - radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Truse specifice pentru tratamentul inegalităților și diformităților membrelor la copil		
2.	Aparat de radiologie cu braț mobil tip C-arm		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura

Semnătura

Semnătura

MANAGER**MEDIC COORDONATOR****DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.**CAS.....**

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
.....		

Semnătura

Semnătura

Semnătura

DIRECTOR GENERAL**DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE****MEDIC ȘEF**

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro
Adresa Centrului pentru relații cu publicul este: șos. Panduri nr. 1, bloc P33, sectorul 5, București; 050651.
Tel. 021.401.00.73, 021.401.00.78, e-mail: concursurifp@ramo.ro, convocariaga@ramo.ro
Pentru publicări, încărcați actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro>, secțiunea Publicări.

