

Hotararea 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate

Hotararea 423/2022 din 2022.03.30

Status: Acte în vigoare

Versiune de la: 19 August 2024

Intră în vigoare:

1 Aprilie 2022 An

Hotararea 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate

Dată act: 25-mar-2022

Emitent: Guvernul

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1

(1) Se aprobă programele naționale de sănătate publică derulate și finanțate din bugetul Ministerul Sănătății:

- a) Programul național de vaccinare;
- b) Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare;
- c) Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA;
- d) Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
- e) Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- f) Programul național de securitate transfuzională;
- g) Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice;
- h) Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
- i) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;

- j)Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc;
- k)Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;
- l)Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
- m)Programul național de sănătate a femeii și copilului.

(2)Se aprobă programele naționale de sănătate curative derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate:

- a)Programul național de boli cardiovasculare;
- b)Programul național de oncologie;
- c)Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile;
- d)Programul național de diabet zaharat;
- e)Programul național de tratament al bolilor neurologice;
- f)Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei;
- g)Programul național de tratament pentru boli rare;
- h)Programul național de sănătate mintală;
- i)Programul național de boli endocrine;
- j)Programul național de ortopedie;
- k)Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- l)Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;
- m)Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice;
- n)Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță;
- o)Programul național de PET-CT.
- ←p)Programul național de endometrioză.

Art. 2

- (1)Structura și obiectivele programelor naționale de sănătate prevăzute la art. 1 sunt cuprinse în anexa nr. 1.
- (2)Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, numite în continuare norme tehnice, se aprobă conform prevederilor art. 51 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 3

- (1)Unitățile de specialitate care realizează implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt:**

- a)instituții publice;
- b)furnizori publici de servicii medicale din:

- (i) subordinea Ministerului Sănătății;
- (ii) rețeaua autorităților administrației publice locale;
- (iii) rețeaua ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- c) furnizori privați de servicii medicale, pentru serviciile medicale care depășesc capacitatea furnizorilor publici de servicii medicale.

(2) Unitățile de specialitate care realizează implementarea programelor naționale de sănătate curative sunt:

- a) furnizori publici de servicii medicale;
- b) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale;
- c) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.
- ← d) furnizori de servicii conexe actului medical pentru persoane cu tulburări din spectrul autist potrivit art. 3 alin. (4) din Legea nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Selecția unităților de specialitate se realizează în baza criteriilor de evaluare elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

Art. 4

(1) Instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății asigură implementarea programelor naționale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(2) Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, denumite în continuare direcțiile de sănătate publică, asigură:

- a) implementarea programelor naționale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii, în condițiile prevăzute în normele tehnice;
- b) coordonarea, monitorizarea și controlul implementării programelor naționale de sănătate publică în baza contractelor încheiate cu instituțiile publice, furnizorii publici de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și cu furnizorii privați de servicii medicale, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(3) Implementarea programelor naționale de sănătate curative se realizează prin unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (2) în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări de sănătate.

(4)Unitățile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (2) care au încheiate contracte conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările și completările ulterioare, pot încheia, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, contracte cu casele de asigurări de sănătate.

←(5)Prin excepție de la prevederile alin. (4), casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte pentru implementarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice sau a Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică - servicii de dializă realizate în regim ambulatoriu, cu furnizori de servicii medicale care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii medicale, sunt autorizați și fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare.

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

Art. 5

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

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

(3)Direcțiile de sănătate publică, respectiv casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la

sediile instituțiilor, publicare pe paginile de internet ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a cererilor, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele. Cererile vor fi însoțite de documentele prevăzute de normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz.

(4) În cazul în care unitățile de specialitate depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate și nu participă la încheierea contractelor în termenele stabilite, acestea nu vor mai realiza implementarea programelor naționale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată direcției de sănătate publică sau casei de asigurări de sănătate, după caz.

← (5) Direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate pot stabili, prin act administrativ al conducătorului instituției, și alte termene de contractare decât cele prevăzute la alin. (3), în funcție de necesarul de servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate pentru implementarea fiecărui program național de sănătate.

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

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

(8) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor

modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se depun/transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

←(9)Furnizorii de servicii medicale de dializă care derulează Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea medicamentelor specifice aferente acestui program, care fac obiectul contractelor cost-volum. Modelul de contract este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative care sunt aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, potrivit dispozițiilor art. 51 alin. (5) lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 6

(1)Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează de către unitățile de specialitate cu încadrarea în limita fondurilor alocate cu această destinație.

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

(3)Sumele prevăzute în bugetul instituțiilor publice și furnizorilor publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății se utilizează pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii. Sumele prevăzute în bugetul direcțiilor de sănătate publică se utilizează pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică la nivelul structurilor proprii sau, după caz, se alocă instituțiilor publice, furnizorilor de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și furnizorilor privați de servicii medicale, după caz, în baza contractelor încheiate cu aceștia.

(4)Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate creditele de angajament și creditele bugetare destinate implementării programelor naționale de sănătate curative, în urma analizei efectuate de structurile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a cererilor fundamentate transmise de casele de asigurări de sănătate, întocmite pe baza solicitărilor unităților de specialitate de la nivel local, ținând cont și de indicatorii fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

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

Art. 7

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

(2) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația de a publica pe pagina de internet proprie bugetul de venituri și cheltuieli, respectiv veniturile realizate în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate, după caz, precum și execuția, detaliat pentru fiecare program național de sănătate.

Art. 8

(1) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația de a efectua numai cheltuieli eligibile prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita creditelor de angajament aprobate, precum și obligația de a utiliza creditele bugetare numai în limita prevederilor și a destinațiilor aprobate.

(2) Ministerul Sănătății asigură sumele pentru finanțarea cheltuielilor eligibile efectuate în cadrul programelor naționale de sănătate publice în baza centralizărilor lunare transmise de unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, a cererilor fundamentate ale unităților de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1). Cererile fundamentate ale unităților de specialitate sunt întocmite cu respectarea prevederilor art. 58 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și sunt însoțite de borderoul centralizator al bunurilor și serviciilor achiziționate, al serviciilor medicale realizate și raportate sau, după caz, al cheltuielilor de personal efectuate în condițiile legii pentru realizarea activităților prevăzute în cadrul programelor, în conformitate cu prevederile normelor tehnice, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(3) Direcțiile de sănătate publică decontează unităților de specialitate aflate în relație contractuală pentru implementarea programelor naționale de sănătate publice bunurile și serviciile achiziționate, serviciile medicale realizate și raportate sau, după caz, cheltuielile de personal efectuate în condițiile legii pentru realizarea activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate publică potrivit contractului încheiat. Decontarea se realizează în baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, întocmite cu respectarea prevederilor art. 58 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și sunt însoțite de borderoul centralizator al bunurilor și serviciilor achiziționate, al serviciilor medicale realizate și raportate sau, după caz, al cheltuielilor de personal efectuate, precum și de documente justificative certificate prin semnătura reprezentanților legali ai unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate publică și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

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

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

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

- a)tarifului per serviciu medical prevăzut în normele tehnice;
- b)prețului de decontare aprobat în condițiile legii pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea care se acordă beneficiarilor programelor naționale de sănătate prin farmaciile cu circuit deschis;
- c)prețului de achiziție al bunurilor achiziționate în condițiile legii de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate, care pentru medicamentele acordate prin farmaciile cu circuit închis nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii;
- d)prețului de achiziție al serviciilor achiziționate în condițiile legii de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate;
- e)cheltuielilor cu salariile, sporurile, indemnizațiile și alte drepturi salariale în bani, precum și a contribuțiilor aferente acestora pentru personalul care desfășoară activități prevăzute în normele tehnice.

←f)tarifului per serviciu conex prevăzut în normele tehnice.

Art. 9

(1)Finanțarea sau, după caz, decontarea cheltuielilor eligibile în cadrul programelor naționale de sănătate publică se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație,

în ordine cronologică a înregistrării acestora în contabilitate, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor prevăzute la art. 8 alin. (2) și (3), cu excepția cheltuielilor prevăzute la art. 8 alin. (6) lit. e) care se finanțează sau, după caz, se decontează într-un termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor.

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

Art. 10

← (1) Instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale sau servicii conexe care implementează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal al beneficiarilor programului, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), după caz.

← (2) Furnizorii privați de servicii medicale, servicii conexe, precum și furnizorii privați de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale care implementează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program național de sănătate, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679, a beneficiarilor programului, după caz.

(3) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația să raporteze și să înregistreze activitatea realizată în registrele naționale ale bolnavilor cu afecțiuni cronice incluse în cadrul acestora, în formatul și în condițiile prevăzute de actele normative în vigoare, începând cu data la care acestea sunt operaționale.

Art. 11

(1) Ordonatorii de credite ai unităților de specialitate care implementează programele naționale de sănătate publică răspund de implementarea și monitorizarea activităților prevăzute în normele tehnice, de corectitudinea și raportarea indicatorilor realizați în procesul

implementării programelor naționale de sănătate publică, de angajarea cheltuielilor în limita creditelor de angajament și de utilizarea creditelor bugetare numai în limita prevederilor și a destinațiilor aprobate, precum și de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate.

(2) Controlul derulării programelor naționale de sănătate publică se exercită de către structura cu atribuții de control din cadrul Ministerului Sănătății.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative.

(4) Controlul privind derularea și implementarea programelor naționale de sănătate și respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate și/sau de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

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

(6) Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite structurii cu atribuții în elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății, trimestrial, anual și ori de câte ori este nevoie, indicatorii fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative, precum și modul în care acestea sunt derulate.

Art. 12

(1) Angajamentele legale încheiate în exercițiul curent din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

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

Art. 13

←(1)Serviciile medicale din structura programelor naționale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, serviciile conexe, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și a altor 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.

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

←(3)Serviciile de radioterapie efectuate bolnavilor aflați în regim de spitalizare continuă se decontează unităților de specialitate care implementează Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, cu excepția serviciilor efectuate bolnavilor aflați în regim de spitalizare continuă pe secția/compartimentul de radioterapie.

Art. 14

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

(2)Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile incluse în ordinul ministrului sănătății aprobat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2012 privind desemnarea Ministerului Sănătății ca unitate de achiziții publice centralizată, aprobată cu completări prin Legea nr. 184/2013, cu modificările ulterioare, Ministerul Sănătății, prin unitatea de achiziții publice centralizate, poate efectua achiziții publice centralizate. Lista programelor naționale de sănătate în cadrul cărora se realizează achiziții centralizate este prevăzută în normele tehnice. Prețul medicamentelor rezultat ca urmare a achizițiilor publice centralizate nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(3)Ca urmare a achizițiilor centralizate prevăzute la alin. (2), unitatea de achiziții publice centralizată, respectiv Ministerul Sănătății, încheie acorduri-cadru cu operatorii economici desemnați câștigători, în numele și pentru instituțiile publice aflate în subordinea sau coordonarea sa, unitățile sanitare publice din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua

autorităților administrației publice locale, precum și pentru furnizorii publici de servicii medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(4)În baza acordurilor-cadru încheiate conform prevederilor alin. (3), instituțiile publice aflate în subordinea sau coordonarea Ministerului Sănătății, furnizorii publici de servicii medicale din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și unitățile sanitare publice din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii încheie și derulează contracte subsecvente cu operatorii economici semnatori ai acordurilor-cadru, cu avizul Ministerului Sănătății.

(5)Pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile incluse în ordinul ministrului sănătății aprobat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2012, aprobată cu completări prin Legea nr. 184/2013, cu modificările ulterioare, până la finalizarea implementării la nivel național a sistemului centralizat de achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și servicii, Ministerul Sănătății poate aproba, prin excepție, desfășurarea de achiziții de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate.

(6)Achiziționarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și serviciilor cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (2)-(5) se realizează de unitățile de specialitate care implementează programele naționale de sănătate, cu respectarea legislației din domeniul achiziției publice, la un preț de achiziție care, în cazul medicamentelor, nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

Art. 15

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

(2)Lista denumirilor comerciale, a prețurilor de decontare a medicamentelor și a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei 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, republicată, cu modificările și

completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate care au primit preț și au fost listate în Catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România, denumit în continuare CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data aprobării prețului.

(3) Pentru DCI-urile incluse necondiționat în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

a) dacă în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu este efectuată o analiză de impact financiar pentru care să fie alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale menționate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România;

b) dacă în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale este efectuată o analiză de impact financiar pentru care este alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale menționate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sau preț cu ridicata pe unitate terapeutică, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sau prețul cu ridicata pe unitate terapeutică, după caz, aferent denumirilor comerciale menționate în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale.

← c) dacă medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu mai sunt listate în CANAMED, în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și a Dispozitivelor Medicale din România.

(4) În situația în care se constată că deținătorul autorizației de punere pe piață nu asigură prezența medicamentelor pe piață, potrivit prevederilor titlului XVIII din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei acestora de pe piață de către Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România sau de către Ministerul Sănătății, instituțiile abilitate exclud respectivele medicamente din lista prevăzută la alin. (2).

(5) Pentru DCI-urile incluse condiționat în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în lista prevăzută la alin. (2) se includ medicamentele prevăzute în contractele cost-volum încheiate

între deținătorii autorizațiilor de punere pe piață/reprezentanții legali ai acestora și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

←(6)La inițierea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prevăzută la alin. (2) există atât produsul biologic de referință, cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar.

←(7)La bolnavii la care tratamentul a fost inițiat cu produsul biologic de referință, în termen de 12 luni de la data includerii în lista prevăzută la alin. (2) a primului produs biosimilar sau mai devreme, dacă este posibil, se va realiza schimbarea produsului biologic de referință cu un produs biosimilar al acestuia, pentru cel puțin 50% dintre bolnavi, medicul având obligația de a prezenta bolnavului informații legate de eficacitatea și siguranța administrării produselor biosimilare, de prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menținerea aceluiași beneficiu terapeutic, precum și informații legate de creșterea accesului, în condițiile utilizării produselor biosimilare, a unui număr mai mare de bolnavi la medicamente suportate din bugetul FNUASS.

←(8)Prin excepție de la prevederile alin. (6) și (7), la inițierea și/sau continuarea tratamentului, medicii pot prescrie produsul biologic de referință pentru motive medicale specifice bolnavului, informații consemnate în documentele medicale și prescripția medicală electronică.

←(9)Prevederile alin. (7) și (8) sunt aplicabile și situațiilor pentru care, la momentul prescrierii medicamentului din lista prevăzută la alin. (2), există atât produsul biologic de referință, cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.

←(10)La inițierea și/sau continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu medicamente care se eliberează prin farmaciile cu circuit închis, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prevăzută la alin. (2) există atât produsul biologic de referință, cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar sau produsul biologic de referință, în funcție de achiziții și stocurile existente la nivelul unității de specialitate.

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

Art. 16

(1)Obligațiile unităților de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (1) în implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Obligațiile unităților de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative, sancțiunile, precum și condițiile de reziliere, încetare și suspendare a contractelor sunt prevăzute în anexa nr. 2.

(3) Casele de asigurări de sănătate aflate în relații contractuale cu unități de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative au următoarele obligații:

← a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscriși 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 conexe, furnizorii de servicii de dializă, 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 electronice și a documentelor justificative transmise în format electronic, asumate prin semnătura electronică avansată sau calificată a reprezentantului legal al furnizorului, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale și a serviciilor conexe contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate, precum și contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altor asemenea eliberate, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative 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 de internet a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate curative 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 furnizori, 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 programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv

îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, potrivit prevederilor normelor tehnice;

← f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, servicii conexe, investigații paraclinice, medicamente, materiale sanitare și altelor asemenea, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările 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 și a serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare și altelor asemenea sau investigațiilor paraclinice, 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/investigațiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

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

← i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare specifice 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, materiale sanitare și altele asemenea acordate pe teritoriul României;

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

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.

(4) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (3), au obligația de a publica pe pagina de internet proprie creditele de angajament și cele bugetare, aprobate pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative/subprogramele/activitățile 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.

← (5) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu privire la unitățile de specialitate care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, precum și de a publica pe pagina de internet proprie lista cuprinzând aceste unități.

← (6) 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.

← (7) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și casele de asigurări de sănătate organizează și efectuează controlul furnizării serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altelor asemenea acordate în

cardul programelor naționale de sănătate curative.

Art. 17

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

(2) Activitățile pentru care se utilizează personalul în condițiile alin. (1) sunt prevăzute în normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 18

Asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate publică se realizează prin unități de asistență tehnică management al programelor naționale de sănătate publică, denumite în continuare UATM, înființate în cadrul instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății. Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se înființează UATM, condițiile necesare organizării și funcționării acestora, inclusiv finanțarea cheltuielilor acestora se aprobă prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică.

Art. 19

(1) Imunizarea populației este un serviciu medical preventiv esențial oferit de toți medicii de familie pentru asigurații înscrși pe lista proprie sau a altor cabinete, precum și pentru neasigurați, în condițiile prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

(2) Furnizorii de servicii medicale care acordă servicii medicale de vaccinare pentru imunizarea populației în cadrul Programului național de vaccinare pot primi vaccinurile achiziționate de către Ministerul Sănătății, în baza contractelor de furnizare a vaccinurilor încheiate cu direcțiile de sănătate publică, în condițiile prevăzute prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 20

Produsele achiziționate de Ministerul Sănătății prin licitații publice organizate la nivel național sunt furnizate autorităților administrației publice locale sau, după caz, furnizorilor de servicii medicale, pentru a fi utilizate la realizarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate publică, în baza contractelor de furnizare de produse încheiate cu direcțiile de sănătate publică, în condițiile prevăzute prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 21

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

Art. 22

În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma analizei trimestriale efectuate de către casele de asigurări de sănătate, precum și de către direcțiile de sănătate publică a indicatorilor raportați și în funcție de realizarea obiectivelor și activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

← Art. 23

← În cadrul Subprogramului de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau 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.

Art. 24

(1) Pentru tehnica de calcul și programele informatice achiziționate în vederea derulării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcțiile de sănătate publică și cabinetele de medicină de familie.

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

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

← Art. 25

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

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

Art. 26

(1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea *PIAS* constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe pagina de internet proprie, furnizorii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea eliberează în sistem offline medicamentele sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale online și offline, în condițiile prevăzute de normele tehnice. În aceste situații medicamentele sau materialele sanitare prescrise nu se eliberează fracționat. Transmiterea în *PIAS*, de către furnizori a medicamentelor sau materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în regim offline pe perioada întreruperii funcționării *PIAS* se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

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

← **Art. 27**

← Serviciile medicale, serviciile conexe, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate sau, după caz, eliberate offline în cadrul programelor naționale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări

sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

Art. 28

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, pentru ziua, sau după caz, zilele în care sunt constatate întreruperi în funcționarea PIAS în condițiile art. 25-27. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate offline și/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilității de a utiliza online sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS -, ca urmare a întreruperii funcționării acestuia, și se publică pe pagina de internet a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 29

Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile Regulamentului UE 2016/679, Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), cu modificările ulterioare, precum și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 30

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

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

(3) Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte, dar nu mai mult de 30 zile calendaristice de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri. Suma înscrisă în actele adiționale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2022. Implementarea programelor naționale de asigurări de sănătate se realizează în condițiile prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

Art. 31

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

PRIM-MINISTRU

NICOLAE-IONEL CIUCĂ

Contrasemnează:

p. Ministrul sănătății,

Adriana Pistol,

secretar de stat

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Adela Cojan

p. Ministrul finanțelor,

Daniela Pescaru,

secretar de stat

Ministrul apărării naționale,

Vasile Dîncu

p. Ministrul afacerilor interne,

Raed Arafat,

secretar de stat

**ANEXA nr. 1: STRUCTURA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE ȘI
OBIECTIVELE ACESTORA**

**CAPITOLUL 1: A. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
FINANȚATE DIN BUGETUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII**

I. Programul național de vaccinare

Obiectiv:

Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea populației.

← II. Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare

← (1)Obiectiv:

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

← (2)Structură:

- ← 1.Subprogramul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare;
- ← 2.Subprogramul național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale și rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor.

III.Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA**(1)Obiective:**

- a)reducerea răspândirii infecției HIV/SIDA prin acțiuni specifice de prevenire, precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecția HIV/SIDA și a persoanelor infectate HIV simptomatice;
- b)reducerea morbidității asociate cu infecția HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecție HIV/SIDA.

IV.Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei**(1)Obiective:**

- a)reducerea incidenței, prevalenței și a mortalității TB;
- b)creșterea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

V.Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă

Obiectiv:

Protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanți din mediul de viață și muncă.

VI.Programul național de securitate transfuzională

Obiectiv:

Asigurarea cu sânge și componente sanguine, în condiții de maximă siguranță.

← **VII. Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice**

← **(1) Obiectiv:**

← Creșterea accesului populației la programe de screening organizate pe baze populaționale pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice.

← **VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică**

← **(1) Obiective:**

- ← a) realizarea activităților de terapie ocupațională în vederea favorizării măsurilor de reinserție socială și profesională a persoanelor cu tulburări de sănătate mintală;
- ← b) creșterea conștientizării și informării populației generale și a profesioniștilor din sănătate prin îmbunătățirea înțelegerii patologiei tulburărilor adictive, depresive și anxioase.

IX. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

(1) Obiective:

- a) creșterea numărului de donatori vii, de donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;
- b) creșterea accesului bolnavilor cu indicație pentru transplant la proceduri de transplant de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană și la evaluarea periodică post-transplant;
- c) dezvoltarea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
- d) tratamentul infertilității cuplului.

(2) Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînruțiți;
3. Subprogramul de fertilizare *in vitro* și embriotransfer.

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

Obiectiv:

Îmbunătățirea depistării deficitului de vitamină D la pacienții din grupele de risc.

XI. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

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

XII. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate

(1) Obiectiv:

Îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin promovarea unui stil de viață sănătos și combaterea principalilor factori de risc.

(2) Structură:

1. Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun.

XIII. Programul național de sănătate a femeii și copilului

(1) Obiective:

- a) îmbunătățirea stării de sănătate a copilului;
- b) îmbunătățirea stării de sănătate a femeii.

(2) Structură:

1. Subprogramul de nutriție și sănătate a copilului;
2. Subprogramul de sănătate a femeii.

CAPITOLUL 2: B. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE FINANȚATE DIN BUGETUL FONDULUI NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

I. Programul național de boli cardiovasculare

(1)Obiectiv:

Asigurarea tratamentului bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

- a)proceduri de cardiologie intervențională;
- b)proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- c)proceduri de chirurgie vasculară;
- d)proceduri de cardiologie intervențională pentru malformațiile cardiace.

← II.Programul național de oncologie**← (1)Obiective:**

- ← a)tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- ← b)reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- ← c)radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- ← d)diagnosticul și monitorizarea afecțiunilor hematologice maligne;
- ← e)diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne.

← (2)Structură:

- ← 1.Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- ← 2.Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- ← 3.Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- ← 4.Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară;
- ← 5.Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;
- ← 6.Subprogramul național de testare genetică.

III.Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile

Obiectiv: tratamentul surdității prin proteze auditive implantabile.

IV.Programul național de diabet zaharat**(1)Obiective:**

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

- b) asigurarea tratamentului medicamentos al pacienților cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor medicale specifice: pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei și materiale consumabile pentru acestea;
- c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați: teste de automonitorizare glicemică și sisteme de monitorizare continuă a glicemiei.

(2)Structură:

1. Subprogramul de diabet zaharat tip 1;
2. Subprogramul de diabet zaharat tip 2 și alte tipuri de diabet zaharat: tipuri specifice și diabet gestațional.

V. Programul național de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă.

VI. Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie.

← VIII. Programul național de sănătate mintală

← VIII. Programul național de sănătate mintală

Obiective:

Asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodenanță, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia.

← (1)Obiective:

- ← a) asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodenanță, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia;
- ← b) acordarea serviciilor conexe persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

← (2)Structură:

- ← 1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodenanță, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor;

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

IX. Programul național de boli endocrine

(1) Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză, bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferări maligne.

(2) Structură:

1. Subprogramul național de tratament medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză;
2. Subprogramul național de tratament medicamentos al bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferării maligne.

X. Programul național de ortopedie

(1) Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

- a) bolnavilor cu afecțiuni articulare prin endoprotezare;
- b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;
- c) bolnavilor cu diformități de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană;
- d) bolnavilor cu patologie tumorală, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală;
- e) tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare.
- ← f) tratamentul inegalităților și diformităților membrelor la copil, prin corecție.

XI. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

(1) Obiective:

- a) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant;
- b) tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic.

XII. Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

(1) Obiective:

Asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă online de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienților.

XIII. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv: tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică.

XIV. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță

(1) Obiective:

a) asigurarea investigațiilor diagnostice și a tratamentului unor afecțiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanță;

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

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

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

e) tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular;

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

(2) Structură:

1. Subprogramul de radiologie intervențională
2. Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

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

XV.Programul național de PET-CT

(1)Obiective:

- a)monitorizarea evoluției pentru unele afecțiuni
- b)evaluarea opțiunilor terapeutice
- c)diagnosticul și monitorizarea unor bolilor rare

←XVI.Programul național de endometrioză

←Obiectiv: Tratamentul specific bolnavelor cu endometrioză.

ANEXA nr. 2:

Obligațiile unităților de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative, sancțiunile, precum și condițiile de reziliere, încetare și suspendare a contractelor

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 305 din data de 30 martie 2022