



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul 177 (XXI) — Nr. 202

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Mărți, 31 martie 2009

### SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI		
366.	— Hotărâre pentru modificarea și completarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 .....	2–8
367.	— Hotărâre pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009.....	9–16
★		
	Cuantumul total al sumelor provenite din finanțările private ale partidelor politice în anul 2008, conform Legii nr. 334/2006 privind finanțarea activității partidelor politice și a campaniilor electorale.....	16

**HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI****GUVERNUL ROMÂNIEI****HOTĂRĂRE****pentru modificarea și completarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

**Art. 1.** — Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 885 din 29 decembrie 2008, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

**1. La articolul 5, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.”

**2. La articolul 8, alineatul (1) ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară (partea de cheltuieli) cu semnul minus și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.”

**3. La articolul 8, alineatul (2) ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, pentru perioadele anterioare anului curent, se raportează în conturile de execuție bugetară (partea de cheltuieli) cu semnul minus și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.”

**4. La articolul 13 alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, respectiv actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz;”

**5. La articolul 14, literele e), l) și u) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;

l) să utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele sub forma denumirilor comune internaționale (DCI), astfel cum acestea sunt prevăzute în Lista

denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, situație în care medicul prescrie medicamentele necesare pe denumire comercială, în concordanță cu diagnosticul;

u) să raporteze casei de asigurări de sănătate serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de servicii medicale pentru îndeplinirea acestei obligații;”

**6. La articolul 15, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate, realizate și raportate, validate conform normelor, în limita valorii de contract încheiat cu casele de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract;”

**7. La articolul 16, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați 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 acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract în cazul contractelor care au prevăzut o sumă ca valoare de contract;”

**8. La articolul 17 alineatul (1), litera i) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor prevăzute în norme, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant și a cazurilor prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009;”

**9. La articolul 18, după litera j) se introduce o nouă literă, litera k), cu următorul cuprins:**

„k) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.”

**10. La articolul 22, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) Necesarul de medici de familie cu liste proprii de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de asigurați și persoane

beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară între furnizori și casele de asigurări de sănătate, se stabilesc pe localități, avându-se în vedere populația aferentă acestora, de către o comisie paritară, formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, împreună cu reprezentanții colegiilor teritoriale ale medicilor, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.”

**11. La articolul 28, alineatul (1) teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:**

„În cabinetele medicale și/sau în localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie cu listă proprie de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.”

**12. La articolul 28, după alineatul (1) se introduc două noi alineate, alineatele (11) și (12), cu următorul cuprins:**

„(11) Asistența medicală în afara programului de lucru este asigurată, după caz, de:

a) medicii de familie asociați în centre de permanență care acordă asistență medicală în baza unui contract distinct încheiat între medic și casa de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;

b) unități medicale specializate care asigură serviciile medicale de urgență prespitalicească, transport medical și consultații de urgență la domiciliu.

(12) Centrele de permanență prevăzute la alin. (11) lit. a) funcționează în regim de gardă care se instituie între orele 15,00—8,00 în zilele lucrătoare și permanent în zilele nelucrătoare, conform prevederilor legale în vigoare.”

**13. La articolul 28, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:**

„(3) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale acordate în condițiile prevăzute la alin. (11) lit. a) este stabilită prin Normele metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 1.024/496/2008.”

**14. La articolul 30, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3) și (4), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 alin. (3) și (4). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor 6 luni.”

**15. Articolul 31 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 31. — Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condițiile legii, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și deținătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.”

**16. La articolul 33, după litera d) se introduce o nouă literă, litera e), cu următorul cuprins:**

„e) să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme.”

**17. La articolul 35, literele a) și b) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul asiguraților înscrisi pe lista proprie — conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și a unor activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata *per capita* și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de asigurați înscrisi pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în norme. Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct. Valoarea minimă garantată se calculează trimestrial, în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, și va fi prevăzută în norme;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea unui punct. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct și nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct. Valoarea minimă garantată se calculează trimestrial, în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, și va fi prevăzută în norme.”

**18. La articolul 38 alineatul (1), literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.”

**19. La articolul 38 alineatul (2), literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.”

**20. La articolul 43, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(5) Furnizorii de servicii medicale pentru specialitățile paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate

În baza specialității obținute de medicii pe care îi reprezintă și confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care furnizorul este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități.”

**21. La articolul 44, alineatul (2) teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor.”

**22. La articolul 47 alineatul (3), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) Cabinetele de medicină dentară și laboratoarele medicale își vor stabili programul de activitate în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară și al serviciilor medicale paraclinice contractate. Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice își pot desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate, cu îndeplinirea cumulativă a următoarelor condiții:”

**23. La articolul 47, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(5) Medicul de specialitate care are contract individual de muncă cu normă întreagă sau, după caz, integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate într-un cabinet medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână. În situația în care medicul de specialitate din spital are contract individual de muncă cu timp parțial, acesta poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care poate fi de până la 35 de ore pe săptămână.”

**24. La articolul 48 alineatul (1), literele f), g) și h) se abrogă.**

**25. La articolul 48 alineatul (2), literele a) și b) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior;

b) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare; în situația în care biletele de trimitere nu sunt completate cu datele obligatorii pe care acestea

trebuie să le cuprindă, furnizorii de servicii medicale paraclinice refuză efectuarea investigațiilor paraclinice recomandate prin biletele de trimitere respective;”

**26. La articolul 48 alineatul (2), după litera b) se introduc trei noi litere, literele c), d) și e), cu următorul cuprins:**

„c) să utilizeze reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi la nivelul furnizorilor de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator;

d) să calibreze și să spele aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice din cărțile tehnice ale acestora;

e) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în norme — pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice.”

**27. La articolul 50 alineatul (1), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) să nu deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice dacă biletele de trimitere nu sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și nu conțin datele obligatorii privind prescrierea acestora;”

**28. La articolul 50 alineatul (1), după litera c) se introduce o nouă literă, litera d), cu următorul cuprins:**

„d) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme.”

**29. La articolul 52 alineatul (2), litera i) se abrogă.**

**30. La articolul 52, alineatele (3), (4) și (6) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(3) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de recuperare-reabilitare, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

.....  
 (6) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate către un alt medic de specialitate din ambulatoriu aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, numai în situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv.”

**31. La articolul 52, alineatul (5) se abrogă.**

**32. Articolul 53 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 53. — Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare lunii pentru care se

face plata. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme, iar regularizarea trimestrială, la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în primele 7 zile lucrătoare ale lunii următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor. Valoarea definitivă a unui punct nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct. Valoarea minimă garantată se calculează trimestrial, în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, și va fi prevăzută în norme.”

**33. La articolul 55 alineatul (1), literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

- „a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.”

**34. La articolul 55 alineatul (2), literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

- „a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.”

**35. La articolul 60 alineatul (5), literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) listei de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea conform prevederilor alin. (4);

b) listei materialelor sanitare și a denumirilor comune internaționale (DCI) utilizate pe perioada spitalizării, menționându-se care DCI-uri pot fi recomandate pacienților internați, care dintre acestea pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv și care DCI-uri pot fi prescrise cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical. Lista materialelor sanitare și a DCI-urilor prezentată de spitale la încheierea contractului cuprinde lista cu DCI-urile medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații în tratamentul spitalicesc, care se va aproba prin hotărâre a Guvernului, precum și DCI-urile din lista prevăzută la art. 94 alin. (1) pentru asigurarea continuității tratamentului în ambulatoriu și are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului;

c) structurii organizatorice aprobate sau avizate, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.”

**36. La articolul 64 alineatul (2), literele e) și g) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat.”

**37. La articolul 64, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile asimilate acestora, din cadrul spitalelor, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt decontate prin tarif/caz rezolvat.”

**38. La articolul 64, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (4), cu următorul cuprins:**

„(4) Numărul de cazuri și tariful aferent serviciilor de spitalizare de zi se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme.”

**39. După articolul 64 se introduce un nou articol, articolul 64<sup>1</sup>, cu următorul cuprins:**

„Art. 64<sup>1</sup>. — (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de unitățile sanitare cu paturi.

(2) Diferența de 5% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 74, precum și pentru decontarea sumelor reprezentând depășirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele clinice de urgență care au peste 5.000 de cazuri externate/lună, respectiv 60.000 de cazuri externate/an, cât și pentru alte situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, după caz.”

**40. La articolul 65 alineatul (1), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme, precum și nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective.”

**41. La articolul 65 alineatul (1), după litera d) se introduce o nouă literă, litera e), cu următorul cuprins:**

„e) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzute în norme.”

**42. La articolul 65, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) În vederea contractării serviciilor de spitalizare de zi, spitalele au obligația să solicite acordul direcțiilor de sănătate publică pentru organizarea acestui tip de activitate, în situația în care structura organizatorică a spitalului, aprobată în condițiile legii, nu cuprinde structuri pentru spitalizare de zi.”

**43. La articolul 67, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzute la art. 65 alin. (1) lit. e), contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate

pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;”.

**44. La articolul 69, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.”

**45. La articolul 70, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, în condițiile stabilite prin norme;”.

**46. Articolul 74 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 74. — Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii — boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională, în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 60 alin. (4) și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 50% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii — boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.”

**47. La articolul 75 alineatul (1), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.”

**48. La articolul 75 alineatul (2), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;”.

**49. Articolul 79 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 79. — Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar sunt:

1. pentru unitățile medicale specializate publice autorizate și evaluate: buget global stabilit pe baza indicatorilor și, după caz, a coeficienților de ajustare corespunzători timpilor de așteptare, în condițiile stabilite în norme;

2. pentru unitățile specializate autorizate și evaluate private, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat, pentru cazurile prevăzute în norme:

a) pentru plata consultațiilor de urgență la domiciliu:

a1) tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau milă parcursă pentru serviciile de transport medical;

a2) tarif pe solicitare;

b) pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau milă parcursă, după caz.”

**50. La articolul 82 alineatul (1), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.”

**51. La articolul 86, literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.”

**52. La articolul 89, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;”.

**53. La articolul 91, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 91. — (1) Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare-reabilitare în stațiunile balneoclimatice se acordă de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.”

**54. La articolul 91, alineatul (2) se abrogă.**

**55. La articolul 92 alineatul (1), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.”

**56. La articolul 95, alineatele (3) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(3) În contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se va specifica valoarea orientativă, defalcată pe trimestre și luni. Valoarea orientativă a contractului se va stabili în condițiile prevăzute prin norme atât pentru medicamentele eliberate cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cât și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente unor programe de sănătate a căror eliberare se face prin farmaciile cu circuit deschis. Valoarea orientativă a contractelor pentru farmaciile din rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, care intră în relație contractuală cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru.

(5) Contractele pot fi încheiate de reprezentantul legal al societății comerciale farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective și/sau

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor. În situația în care o societate comercială farmaceutică are deschise puncte de lucru, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află punctul de lucru, în condițiile stabilite prin norme. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate.”

**57. La articolul 96, literele f), g), i), m), n), r), t) și y) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

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

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ — factură, borderou-centralizator, prescripții medicale —, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emisie a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile stabilite prin norme; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor lit. y). Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate în situațiile prevăzute în norme;

n) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, în condițiile stabilite prin norme;

r) să depună, în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă. Pentru medicamentele

eliberate decontarea se face cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

t) să elibereze medicamentul care dă prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic și, numai cu acordul asiguratului, să elibereze orice alte medicamente din cadrul aceleiași denumiri comune internaționale, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială, în condițiile prezentei hotărâri;

y) să transmită caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, medicamentele și materialele sanitare eliberate conform machetei și la termenele prevăzute în norme. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;”

**58. La articolul 96, după litera y) se introduce o nouă literă, litera z), cu următorul cuprins:**

„z) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 98 lit. c).”

**59. La articolul 97, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, în limita fondurilor aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație, atât pentru medicamentele eliberate cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cât și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente unor programe naționale de sănătate a căror eliberare se face prin farmaciile cu circuit deschis;”

**60. La articolul 97, litera e) se abrogă.**

**61. La articolul 98, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita fondurilor aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație consum de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente unor programe naționale de sănătate a căror eliberare se face prin farmaciile cu circuit deschis, la termenele prevăzute în norme.”

**62. La articolul 100, alineatul (1), partea introductivă și literele a) și b) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„Art. 100. — (1) Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamente sub forma denumirii comune internaționale (DCI), cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:

a) pentru sublistele A și B — o singură prescripție lunar, cu maximum 7 medicamente, dar nu mai mult de 3 medicamente din sublista B cu procent de compensare 50% din prețul de referință. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B,

calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 300 lei pe lună;

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 300 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B;”.

**63. La articolul 102, literele h), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„h) în cazul nerespectării prevederilor art. 96 lit. c), f), h), m), o), q), u), v), x) și z);

i) la a patra constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 96 lit. a), b), n), r), s) și t);

j) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 96 lit. e), g), j), k), l), p) și y);”.

**64. La articolul 105, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 105. — (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 102 lit. f), g) și h) — pentru nerespectarea prevederilor art. 96 lit. f), m) și v), condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 102 lit. i) — pentru nerespectarea prevederilor art. 96 lit. r) și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 102 lit. j) — pentru nerespectarea prevederilor art. 96 lit. g) și y) — se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 102 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 103 și 104 referitoare la condițiile de suspendare, respectiv încetare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv punctelor de lucru, după caz.”

**65. La articolul 106 alineatul (1), literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) cu 10 % la prima constatare;

b) cu 20% la a doua constatare;

c) cu 30% la a treia constatare.”

**66. La articolul 106, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 96 lit. e), g), j), k), l), p) și y) și în cazul nerespectării termenului de 5 zile pentru remedierea situațiilor prevăzute la art. 96 lit. a), b), n), r), s) și t), suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10 %;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.”

**67. La articolul 110, literele h) și k) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru

dispozitivele la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de un furnizor autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice sau a verificării după reparare, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

.....  
k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;”.

**68. La articolul 120 teza întâi, literele a), b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.”

**69. La articolul 128, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 128. — (1) Sunt incluse în lista de medicamente (denumiri comerciale) de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, care se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, numai medicamentele cu studii de bioechivalență, cu excepția situațiilor în care medicamentul respectiv nu este inclus în lista medicamentelor care necesită studii de bioechivalență conform normelor în vigoare și a situațiilor în care, pentru o anumită denumire comună internațională, nu există medicamente care dețin astfel de studii.”

**Art. II. —** În cuprinsul Hotărârii Guvernului nr. 1.714/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, cu modificările și completările ulterioare, sintagmele „Ministerul Sănătății Publice”, „ministrul sănătății publice” și „autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București” se înlocuiesc cu sintagmele „Ministerul Sănătății”, „ministrul sănătății” și, respectiv, „direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București”.

PRIM-MINISTRU

**EMIL BOC**

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

**Ion Bazac**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

**Irinel Popescu**



## GUVERNUL ROMÂNIEI

## HOTĂRÂRE

## pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009

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

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) În anul 2009, programele naționale de sănătate se derulează în mod distinct sau în comun de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

(2) Programele naționale de sănătate se finanțează de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

(3) Programele naționale de sănătate prevăzute în anexă reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale, organizate în scopul evaluării, prevenirii, tratamentului și controlului bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației.

Art. 2. — (1) Structura programelor naționale de sănătate, obiectivele anuale și necesarul de resurse ale acestora sunt prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

(2) Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 3. — (1) Programele naționale de sănătate prevăzute în anexă sunt elaborate, implementate și coordonate la nivel național de structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății.

(2) Atribuțiile structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății cu privire la elaborarea, implementarea și coordonarea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate implementează și derulează programele naționale de sănătate prevăzute la lit. B din anexă, conform strategiei aprobate de Ministerul Sănătății.

Art. 4. — (1) Coordonatorii regionali și locali din cadrul institutelor și centrelor de sănătate publică, respectiv din cadrul direcțiilor de sănătate publică asigură implementarea și monitorizarea la nivel regional, respectiv local a programelor prevăzute la lit. A din anexă.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, urmărirea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență pentru programele prevăzute la lit. B din anexă.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, lunar, în primele 10 zile ale lunii în curs pentru luna precedentă, indicatorii fizici și de eficiență pentru programele prevăzute la lit. B din anexă.

Art. 5. — Repartizarea fondurilor destinate programelor naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății se face în condițiile legii.

Art. 6. — (1) Din sumele alocate programelor naționale de sănătate prevăzute în anexă se finanțează lunar instituțiile și furnizorii de servicii medicale prin care se derulează programele și subprogramele, pe baza cererilor fundamentate ale ordonativilor de credite secundari și terțiari, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate și în limita fondurilor aprobate.

(2) Pentru realizarea atribuțiilor referitoare la programele naționale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă, direcțiile de sănătate publică pot încheia contracte cu furnizori de servicii medicale autorizați și evaluați, după caz.

(3) Sumele prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ prevăzute la lit. B pct. I din anexă se alocă după cum urmează:

a) în baza contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale sau cu farmaciile cu circuit deschis prin care se derulează aceste programe;

b) în baza contractelor încheiate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală cu centre-pilot sau/și alții cu alți furnizori privați de servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală;

c) între casele de asigurări de sănătate și ofertanții desemnați câștigători ai procedurilor de achiziție publică organizate la nivel național, în condițiile legii.

Art. 7. — (1) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate se cuprind în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privați de servicii medicale prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

(2) Unitățile și instituțiile sanitare publice care derulează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

(3) Furnizorii privați de servicii medicale care derulează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

Art. 8. — (1) Pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în unele programe naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat și din venituri proprii, Ministerul Sănătății organizează la nivel național proceduri de achiziție publică, în condițiile legii. Programele naționale de sănătate pentru care se organizează la nivel național proceduri de achiziție publică sunt prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(2) Pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în programele naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat, din venituri proprii și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru care nu se organizează proceduri de achiziție publică la nivel național, achiziționarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea se face de instituțiile/unitățile sanitare care derulează programele respective.

(3) Pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează proceduri de achiziție publică la nivel național. Modalitatea de contractare și decontare a produselor achiziționate se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Până la finalizarea procedurii de achiziție publică prin semnarea contractelor cu ofertanții desemnați câștigători, achiziția produselor se realizează la nivel local de unitățile sanitare cu

paturi prin care se derulează programul, la un preț care nu poate depăși prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

(4) 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, precum și pacienților cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, se suportă la nivelul prețului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, când prescrierea se face pe denumire comercială.

(5) Prețul de decontare prevăzut la alin. (3), stabilit pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, care se acordă bolnavilor și pacienților cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, și aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii, este prețul de vânzare stabilit conform metodologiei aprobate prin ordin al ministrului sănătății și reprezintă totodată tariful maximal stabilit pentru acestea.

(6) Pentru medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate care se importă cu avizul Ministerului Sănătății, prețul de decontare se stabilește în condițiile legii.

(7) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea care se acordă, pe perioada spitalizării, bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate, se achiziționează de unitățile sanitare, cu respectarea legislației în domeniul achizițiilor publice, la un preț care nu poate depăși prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

(8) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cu diabet zaharat, al celor care au efectuat transplant și al pacienților cu unele boli rare aprobate prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, medicamentele antidiabetice specifice — antidiabetice orale și de tipul insulinelor, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, precum și medicamentele pentru unele boli rare se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Contravaloarea acestor medicamente se asigură prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după caz.

(9) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice (VHB) la pacienții cu transplant hepatic se asigură prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează programul. Contravaloarea acestor medicamente se asigură din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(10) Sumele aferente testelor de automonitorizare a glicemiei pentru bolnavii insulinotratați se asigură prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(11) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, eliberarea medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(12) Contravaloarea medicamentelor necesare atât pentru tratamentul în ambulatoriu, cât și în spital al bolnavilor cu afecțiuni oncologice se asigură prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(13) Medicamentele și testele de monitorizare a tratamentului pentru bolnavii cu HIV/SIDA cuprinși în Programul național de boli transmisibile se achiziționează prin licitație la nivel național, organizată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare privind achizițiile

publice. Contravaloarea acestora se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(14) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA cuprinși în Programul național de boli transmisibile se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează acest program, pe bază de prescripție medicală, în condițiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programului, aceste prescripții se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator și cu documentele justificative prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(15) Materiale sanitare necesare bolnavilor cu HIV/SIDA cuprinși în Programul național de boli transmisibile se achiziționează prin licitație organizată de unitățile sanitare cu paturi prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare privind achizițiile publice. Contravaloarea acestora se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(16) Testele de diagnostic rapide și ELISA necesare bolnavilor cu HIV/SIDA cuprinși în Programul național de boli transmisibile se achiziționează prin licitație la nivel național organizată de Ministerul Sănătății, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare privind achizițiile publice. Contravaloarea acestora se suportă din bugetul Ministerului Sănătății.

Art. 9. — (1) Sumele aferente obiectivelor prevăzute la lit. b) din structura Programului național de boli cardiovasculare, Programului național de oncologie, Programului de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță, la lit. c) din structura Programului național de diabet zaharat și la lit. g) din structura Programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, programe cuprinse în cadrul Programelor naționale privind bolile netransmisibile, prevăzute la lit. A pct. II din anexă, se asigură din bugetul Ministerului Sănătății prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Sumele aferente obiectivului prevăzut la lit. h) din structura Programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, program prevăzut la lit. A pct. II din anexă, se asigură din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Sumele pentru controlul bolnavilor cu diabet zaharat, constând în efectuarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c), aferente obiectivului prevăzut la lit. b) din cadrul Programului național de diabet zaharat din structura Programelor naționale privind bolile netransmisibile, prevăzut la lit. A pct. II.4 din anexă, se asigură prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după caz.

(4) Sumele necesare pentru asigurarea testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat, aferente obiectivului prevăzut la lit. d) din cadrul aceluiași program prevăzut la lit. A pct. II.4 din anexă, se asigură prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Testele se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, în baza actelor adiționale la contractele pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu farmaciile. Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat la prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii. Condițiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(5) Testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratat achiziționate de direcțiile de sănătate publică și unitățile sanitare se eliberează, până la epuizarea stocurilor, prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare.

(6) Sumele aferente obiectivului prevăzut la lit. b) din structura Programului național de boli rare și sepsis sever cuprins în cadrul Programelor naționale privind bolile netransmisibile, prevăzute la lit. A pct. II din anexă, se asigură din bugetul Ministerului Sănătății. Sumele necesare pentru tratamentul medicamentos al unora dintre bolile rare prevăzute în cuprinsul normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate se asigură din bugetul Ministerului Sănătății prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(7) Sumele aferente obiectivelor prevăzute la lit. a) și b) din cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, prevăzut la lit. A pct. X din anexă, se asigură prin transferuri din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(8) Valabilitatea contractelor de comodat încheiate între direcțiile de sănătate publică și cabinetele de medicină de familie, prin care au fost atribuite în folosință gratuită tehnica de calcul și programele informatice necesare derulării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, se prelungește până la data de 31 decembrie 2009, prin acte adiționale încheiate în termenul de valabilitate a contractelor.

(9) Tehnica de calcul și programele informatice existente la nivelul direcțiilor de sănătate publică se atribuie în folosință gratuită cabinetelor de medicină de familie care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care, la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, nu au încheiate contracte de comodat cu direcțiile de sănătate publică pentru acestea.

(10) Tehnica de calcul și programele informatice atribuite în folosință gratuită cabinetelor de medicină de familie în condițiile prevăzute la alin. (8) și (9) 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.

Art. 10. — (1) Pentru realizarea unor activități specifice programelor naționale de sănătate derulate de Ministerul Sănătății, unitățile sanitare finanțate integral din venituri proprii și instituțiile publice care derulează programe de sănătate pot finanța cheltuieli de personal.

(2) Activitățile pentru care se utilizează personalul prevăzut la alin. (1) se nominalizează în normele tehnice de realizare a programelor, aprobate în condițiile legii.

(3) Pentru realizarea activităților și obiectivelor cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate ca acțiuni multianuale, unitățile de specialitate prin care se derulează programe pot angaja personal pe toată perioada de derulare a acestora.

Art. 11. — În sumele prevăzute pentru finanțarea programelor naționale de sănătate se cuprind și cheltuielile ocazionate de monitorizarea și controlul acestora.

Art. 12. — (1) Ministerul Sănătății poate realiza studii, activități și lucrări aferente programelor naționale de sănătate, prin contracte încheiate, în condițiile prevăzute de legislația în

domeniul achizițiilor publice, cu unitățile din coordonarea sau aflate sub autoritatea sa.

(2) În contractele încheiate cu unitățile prevăzute la alin. (1) se vor preciza următoarele: activitățile care fac obiectul contractului, sumele aferente fiecărei activități, modul de raportare și valorificare a rezultatelor, termenele intermediare și termenul final de predare. În funcție de îndeplinirea acestor cerințe va fi aprobată decontarea contravalorii lucrărilor sau a prestațiilor, după caz.

(3) Contractele prevăzute la alin. (1), încheiate între Ministerul Sănătății și unitățile din coordonarea sau aflate sub autoritatea sa, precum și contractele încheiate pentru produsele și serviciile necesare realizării obiectivelor și activităților cuprinse în unele programe naționale de sănătate pentru care Ministerul Sănătății organizează licitații la nivel național sunt atribuite de compartimentul intern specializat în domeniul achizițiilor publice. După atribuire, monitorizarea și derularea contractelor se realizează de către structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății, în condițiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

Art. 13. — (1) Sumele utilizate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate de la data de 1 ianuarie 2009 până la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri sunt cuprinse în sumele aprobate pe anul 2009 pentru programele respective.

(2) Cheltuielile angajate, lichidate și ordonanțate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate în anul 2008 și neplătite până la data de 31 decembrie 2008 se vor plăti în contul bugetului pe anul 2009.

(3) Serviciile medicale acordate în cadrul Programului național de evaluare a stării de sănătate a populației în asistența medicală primară de către furnizorii de servicii medicale, rămase nedecontate la finele anului 2008, se vor deconta în perioada 1 ianuarie 2009 — 31 martie 2009 din fondurile prevăzute pentru Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

(4) Cheltuielile angajate în cadrul programelor naționale de sănătate din creditele de angajament aprobate prin bugetul anului 2008 se plătesc din creditele bugetare aprobate în anul 2009 pentru programele naționale de sănătate.

Art. 14. — În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma evaluărilor trimestriale ale indicatorilor specifici și în funcție de realizarea obiectivelor și activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 15. — În cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă este tarif pe ședința de hemodializă și tarif/pacient cu dializă peritoneală/an, tarife care sunt exprimate în lei și sunt prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

Art. 16. — Instituțiile, furnizorii publici și privați de servicii medicale, precum și farmaciile cu circuit deschis care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Art. 17. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2009.

PRIM-MINISTRU  
EMIL BOC

Contrasemnează:  
Ministrul sănătății,  
**Ion Bazac**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Irinel Popescu**  
Ministrul finanțelor publice,  
**Gheorghe Pogea**

**STRUCTURA**  
**programelor naționale de sănătate, obiectivele anuale**  
**și necesarul de resurse**

**A. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE DE EVALUARE,  
 PROFILACTICE ȘI CU SCOP CURATIV FINANȚATE DIN BUGETUL  
 MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII**

**Necesar de resurse:**

1. Buget de stat

— credite de angajament	406.813 mii lei
— credite bugetare	406.813 mii lei
din care:	
a) bunuri și servicii:	
— credite de angajament	50.960 mii lei
— credite bugetare	50.960 mii lei
b) transferuri:	
— credite de angajament	355.853 mii lei
— credite bugetare	355.853 mii lei
din care:	
Transferuri FNUASS:	
— credite de angajament	208.833 mii lei
— credite bugetare	208.833 mii lei

2. Venituri proprii:

— credite de angajament	932.534 mii lei
— credite bugetare	932.534 mii lei
din care:	
a) bunuri și servicii:	
— credite de angajament	220.891 mii lei
— credite bugetare	220.891 mii lei
b) transferuri:	
— credite de angajament	711.643 mii lei
— credite bugetare	711.643 mii lei
din care:	
Transferuri FNUASS:	
— credite de angajament	644.143 mii lei
— credite bugetare	644.143 mii lei

STRUCTURA:

## I. Programele naționale privind bolile transmisibile

### 1. Programul național de imunizare

Obiectiv:

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

### 2. Programul național de boli transmisibile (infecție HIV, tuberculoză, infecții cu transmitere sexuală și alte boli transmisibile prioritare)

Obiectiv:

Supravegherea și controlul infecției HIV/SIDA, tuberculozei, infecțiilor cu transmitere sexuală și ale altor boli transmisibile prioritare.

Structura:

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

2.2. Subprogramul de supraveghere și control al infecției HIV;

2.3. Subprogramul de supraveghere și control al tuberculozei;

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

### 3. Programul național de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale

Obiectiv:

Creșterea calității serviciilor medicale în unitățile sanitare cu paturi prin reducerea riscului la infecție nosocomială.

### 4. 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.

### 5. Programul național de hematologie și securitate transfuzională

Obiectiv:

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

### 6. Programul național pentru asigurarea managementului programelor naționale privind bolile transmisibile

Obiective:

a) asigurarea coordonării tehnice a programelor naționale privind bolile transmisibile la nivel național, regional și local;

b) asigurarea pregătirii și formării profesionale corespunzătoare a personalului cu responsabilități în derularea programelor naționale de sănătate privind bolile transmisibile;

c) asigurarea sistemului informațional și informatic, național și internațional.

## II. Programele naționale privind bolile netransmisibile

### 1. Programul național de boli cardiovasculare

Obiective:

a) prevenția bolilor cardiovasculare;

b) tratamentul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare;

c) realizarea, implementarea și managementul Registrului național de boli cardiovasculare.

Structura:

1.1. Subprogramul de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovasculari;

1.2. Tratamentul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare prin:

a) proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale;

b) proceduri de electrofiziologie a aritmiilor;

c) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

d) implantare de stimuloare cardiace în bradiaritmii;

e) implantare de defibrilatoare interne în aritmii severe, rezistente la tratament convențional;

f) implantare de dispozitive de resincronizare cardiacă în insuficiența cardiacă severă.

### 2. Programul național de oncologie

Obiective:

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

b) tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

c) realizarea, implementarea și managementul Registrului național de cancer.

### 3. Programul național de sănătate mintală

Obiective:

a) asigurarea accesibilității, continuității și calității serviciilor pentru persoanele cu probleme severe de sănătate mintală;

b) asigurarea accesibilității, continuității și calității serviciilor pentru persoanele cu tulburări legate de consumul de substanțe psihoactive;

c) prevenirea consumului de droguri și asigurarea tratamentului specific la persoanele cu toxicod dependență;

d) realizarea, implementarea și managementul Registrului național de psihiatrie.

Structura:

3.1. Subprogramul de profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială;

3.2. Subprogramul de prevenire și tratament ale toxicod dependențelor.

### 4. Programul național de diabet zaharat

Obiective:

a) depistarea precoce a copiilor cu diabet zaharat și a adulților cu diabet zaharat;

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

c) tratamentul medicamentos al pacienților cu diabet zaharat;

d) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați;

e) realizarea, implementarea și managementul Registrului național de diabet zaharat.

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

Obiective:

a) creșterea numărului de donatori vii, donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;

b) coordonarea activităților de transplant;

c) asigurarea testării imunologice și virusologice a potențialilor donatori, precum și a receptorilor;

d) menținerea în condiții fiziologice a donatorilor decedați;

e) realizarea intervențiilor chirurgicale și/sau a procedurilor terapeutice necesare efectuării procedurilor de transplant;

f) asigurarea îngrijirilor postoperatorii necesare bolnavilor transplantați;

g) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant;

h) tratamentul recidivei hepatitei cronice (VHB) la pacienții cu transplant hepatic;

i) realizarea, implementarea și managementul Registrului național de transplant.

### 6. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță

Obiectiv:

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

b) tratamentul surdității prin proteze auditive implantabile.

Structura:

- 6.1. Subprogramul de tratament chirurgical al unor afecțiuni complexe prin chirurgie minim invazivă asistată robotic;
- 6.2. Subprogramul de radiologie intervențională;
- 6.3. Subprogramul de utilizare a suturilor mecanice în chirurgia generală;
- 6.4. Subprogram de utilizare a plaselor sintetice în chirurgia perietală abdominală deschisă și laparoscopică;
- 6.5. Subprogramul de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive).

#### 7. Programul național de boli endocrine

Obiective:

Prevenirea și depistarea precoce a afecțiunilor endocrine cu impact major asupra stării de sănătate a populației în scopul:

- a) creșterii calității vieții la climacterium și profilaxiei osteoporozei;
- b) scăderii morbidității prin gușa datorată carenței de iod și a complicațiilor sale;
- c) diagnosticării precoce a tumorilor endocrine evolutive și delimitării lor de incidentaloame.

#### 8. Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever

Obiective:

- a) diagnosticarea precoce și prevenirea complicațiilor la bolnavii cu boli rare și sepsis sever;
- b) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu boli rare și sepsis sever;
- c) realizarea, implementarea și managementul Registrului național de hemofilie și talasemie, Registrului național de hipertensiune arterială pulmonară, Registrului național al bolilor rare și Registrului național de sepsis.

#### 9. Programul național de urgență prespitalicească

Obiective:

- a) creșterea calității serviciilor medicale de urgență prin formarea continuă a personalului din cadrul serviciilor de urgență;
- b) creșterea accesului populației la servicii medicale de urgență adecvate, indiferent de zona de reședință;
- c) crearea capacității de răspuns din punct de vedere medical la situații de urgență majore (accidente colective, nucleare, biologice, chimice, dezastre naturale) și organizarea unui sistem eficient de colaborare a unităților sanitare implicate în servicii de urgență cu Inspectoratul pentru Situații de Urgență.

#### III. Programul național de depistare precoce activă a afecțiunilor oncologice

Obiectiv:

Diagnosticarea în stadii incipiente a afecțiunilor oncologice (cancer de col uterin, mamar)

Structura:

1. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin;
2. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului mamar.

#### IV. Programul național de promovare a sănătății și educație pentru sănătate

Obiectiv:

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

Structură:

1. Subprogramul de informare, educare, comunicare pentru prevenirea bolilor cardiovasculare;
2. Subprogramul de informare, educare, comunicare pentru prevenirea cancerului de col uterin;
3. Subprogramul de promovare a unui stil de viață sănătos;

4. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun.

#### V. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

- a) creșterea accesului și calității serviciilor specifice de sănătate a reproducerii pentru prevenirea sarcinilor nedorite, morbidității și mortalității materne;
- b) regionalizarea îngrijirilor perinatale pentru copiii cu greutate mică la naștere sau alte patologii grave în perioada perinatală;
- c) realizarea screeningului la naștere al unor afecțiuni cu un potențial invalidant și posibilități de prevenție a handicapului;
- d) ameliorarea stării de nutriție a gravidei și a copilului sub un an;
- e) depistarea precoce și prevenirea secundară a unor complicații la unele boli cronice ale copilului.

Structura:

1. Subprogramul de creștere a accesului la servicii moderne de planificare familială;
2. Subprogramul de creștere a accesului, calității și eficienței serviciilor medicale specifice pentru gravidă și lăuză;
3. Subprogramul de profilaxie și diagnostic pre- și postnatal al malformațiilor și/sau al unor afecțiuni genetice;
4. Subprogramul de profilaxie a sindromului de izoimunizare Rh;
5. Subprogramul de prevenire a deceselor neonatale prin creșterea accesului la îngrijiri adecvate în unități regionale și de evaluare a mortalității neonatale;
6. Subprogramul de screening neonatal pentru depistarea fenilcetonuriei și hipotiroidismului congenital, precum și confirmarea diagnosticului și tratamentul specific al cazurilor depistate;
7. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce a deficiențelor de auz;
8. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce a retinopatiei de prematuritate, tratamentul și dispensarizarea bolnavilor;
9. Subprogramul de promovare a alăptării;
10. Subprogramul de profilaxie a distrofiei la copiii cu vârstă cuprinsă între 0—12 luni, care nu beneficiază de lapte matern prin administrare de lapte praf;
11. Subprogramul de profilaxie a malnutriției la copii cu greutate mică la naștere;
12. Subprogramul de profilaxie a anemiei feriprive la gravidă;
13. Subprogramul de profilaxie a anemiei feriprive la sugar;
14. Subprogramul de profilaxie a rahitismului carențial al copilului;
15. Subprogramul de diagnostic precoce, prevenție primară și secundară, precum și de monitorizare a unor afecțiuni cronice la copil;
16. Subprogramul de prevenire a complicațiilor, prin diagnostic precoce, tratament medicamentos specific și recuperare neuropsihomotorie pentru următoarele afecțiuni: epilepsia, paralizările cerebrale, întârzierile neuropsihomotorii de cauze multifactoriale;
17. Subprogramul de profilaxie a infecției cu virusul respirator sincițial la copiii cu risc crescut de infecție;
18. Subprogramul de monitorizare și evaluare a Programului național de sănătate a femeii și copilului.

#### VI. Programul național de administrație sanitară

Obiective:

- a) realizarea descentralizării sistemului sanitar în scopul asigurării accesului egal al persoanelor la îngrijiri de sănătate de bază și al creșterii calității vieții prin îmbunătățirea stării de sănătate a populației;

b) evaluarea performanței spitalelor în scopul îmbunătățirii asistenței spitalicești și a performanței sistemului spitalicesc din România;

c) realizarea și implementarea la nivel național a ghidurilor clinice pentru afecțiunile cu impact major asupra serviciilor de sănătate;

d) evaluarea și îmbunătățirea managementului programelor naționale de sănătate.

Structura:

1. Subprogramul de descentralizare a sistemului sanitar;
2. Subprogramul de evaluare a performanței spitalelor;
3. Subprogramul de dezvoltare a ghidurilor clinice;
4. Subprogramul de evaluare și îmbunătățire a managementului programelor naționale de sănătate.

#### VII. Programul național de tratament în străinătate

Obiectiv:

Asigurarea accesului la investigații și tratament în străinătate pentru afecțiunile care nu pot fi tratate în țară.

#### VIII. Programul pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor

Obiectiv:

Asigurarea compensării cu 90% a prețului de referință al medicamentelor pentru pensionarii cu venituri realizate numai din pensii de până la 600 lei/lună.

#### IX. Programul național de asistență medicală comunitară și acțiuni pentru sănătate

Obiective:

a) îmbunătățirea stării de sănătate a populației, prin creșterea accesului la servicii medicale furnizate la nivel comunitar al populației vulnerabile, din zone defavorizate;

b) constituirea echipelor multidisciplinare care se vor implica în desfășurarea activităților din domeniul asistenței medicale comunitare, adaptate nevoilor acestora;

c) implicarea comunității în identificarea problemelor medico-sociale ale acesteia.

#### X. Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară

Obiective:

a) decontarea contravalorii serviciilor prestate în baza contractelor încheiate cu medicii de familie care au fost efectuate până la data de 31 decembrie 2008;

b) decontarea contravalorii serviciilor prestate în baza contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care au fost efectuate până la data de 31 ianuarie 2009;

c) evaluarea finală a datelor obținute.

### B. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE DE EVALUARE, PROFILACTICE ȘI CU SCOP CURATIV, FINANȚATE DIN BUGETUL FONDULUI NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

#### Necesar resurse:

Bugetul FNUASS:	
— credite de angajament	2.217.276 mii lei
— credite bugetare	2.217.276 mii lei
din care:	
Transferuri din bugetul Ministerului Sănătății	
— credite de angajament	852.976 mii lei
— credite bugetare	852.976 mii lei

STRUCTURA:

#### I. Programe naționale de sănătate cu scop curativ

##### 1. Programul național de boli transmisibile:

Obiective:

a) tratamentul și monitorizarea persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere;

b) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză.

Structura:

1.1. Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere;

1.2. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză.

##### 2. Programul național de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Tratamentul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare prin:

a) proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale;

b) proceduri de electrofiziologie a aritmiilor;

c) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

d) implantare de stimuloare cardiace în bradiaritmii;

e) implantare de defibrilatoare interne în aritmii severe, rezistente la tratament convențional;

f) resincronizare cardiacă în insuficiența cardiacă severă.

##### 3. Programul național de oncologie

Obiectiv:

Tratamentul pacienților cu afecțiuni oncologice.

##### 4. Programul național de boli neurologice

Structură:

4.1. Subprogramul de tratament al sclerozei multiple;

4.2. Subprogramul de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive).

**5. Programul național de diabet zaharat**

Obiective:

- a) prevenția secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];
- b) tratamentul medicamentos al pacienților cu diabet zaharat;
- c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați.

**6. Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever**

Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

**7. Programul național de boli endocrine**

Obiectiv:

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

**8. Programul național de ortopedie**

Obiectiv:

Tratamentul

- a) bolnavilor cu afecțiuni articulare prin endoprotezare;
- b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală endoproteze articulare tumorale;
- c) bolnavilor cu deformități de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană.

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

Obiective:

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

**10. Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică**

Obiectiv:

Asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodilizați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților.

**II. Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară**

Obiective:

- a) decontarea contravalorii serviciilor prestate în baza contractelor încheiate cu medicii de familie care au fost efectuate până la data de 31 decembrie 2008;
- b) decontarea contravalorii serviciilor prestate în baza contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care au fost efectuate până la data de 31 ianuarie 2009;
- c) evaluarea finală a datelor obținute.

★

**CUANTUMUL TOTAL**

**al sumelor provenite din finanțările private ale partidelor politice în anul 2008, conform Legii nr. 334/2006 privind finanțarea activității partidelor politice și a campaniilor electorale**

FORUMUL DEMOCRAT AL GERMANILOR DIN ROMÂNIA  
FORUMUL JUDEȚEAN SATU MARE

Lista persoanelor juridice care au făcut în anul 2008 donații a căror valoare cumulată depășește 10 salarii de bază minime brute pe țară:

Nr. crt.	Denumirea societății	Sediul	Naționalitatea	CUI	Reprezentant legal	Felul donației	Suma donațiilor
1.	FSTNCI	Satu Mare	română	4960996	Holczli Iosif	în bani	26.100 lei
2.	S.C. Schwab — S.R.L.	Satu Mare	română	RO642582	Merker Iosif	în bani	38.819,12 lei
3.	Comuna Urziceni	Urziceni, județul Satu Mare	română	3963676	Mellau Iosif	în bani	8.000,00 lei
4.	Institutul pentru relații externe	Germania	germană		Rainer Nolte	în bani	7.207.935 lei

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,  
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)  
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro  
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.411.58.33 și 021.410.47.30, fax 021.410.77.36 și 021.410.47.23  
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 429246