



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 178 (XXII) — Nr. 893

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 30 decembrie 2010

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
ORDONAȚE ȘI HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI		
124.	— Ordonanță de urgență pentru modificarea Ordonanței Guvernului nr. 69/2002 privind regimul juridic al cărții electronice de identitate	2
131.	— Ordonanță de urgență pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 39/1996 privind înființarea și funcționarea Fondului de garantare a depozitelor în sistemul bancar	3–5
133.	— Ordonanță de urgență pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, în vederea eficientizării unor instituții și activități în acest domeniu	5–8
1.388.	— Hotărâre privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012	9–15
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE		
1.492/1.027.	— Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010	16

ORDONANȚE ȘI HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ pentru modificarea Ordonanței Guvernului nr. 69/2002 privind regimul juridic al cărții electronice de identitate

Având în vedere existența unor factori de natură obiectivă care determină imposibilitatea introducerii, respectiv eliberării și utilizării cărților electronice de identitate începând cu data de 1 ianuarie 2011, așa cum prevede Ordonanța Guvernului nr. 69/2002 privind regimul juridic al cărții electronice de identitate, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

ținând seama de faptul că factorii menționați privesc necesitatea îndeplinirii cumulative a etapelor privind reconfigurarea Sistemului național informatic de evidență a populației și lipsa resurselor financiare pentru modernizarea acestuia,

având în vedere importanța adoptării unor reglementări care să asigure atât cadrul instituțional necesar, cât și posibilitatea implementării unor soluții tehnice optime, anterior punerii în circulație a cărții electronice de identitate,

luând în considerare faptul că timpul rămas până la sfârșitul actualei sesiuni parlamentare nu permite adoptarea unei legi în acest sens, nici măcar cu procedura de urgență prevăzută de art. 76 alin. (3) din Constituția României, republicată, până la împlinirea termenelor prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 69/2002, republicată, cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu riscul neîndeplinirii de către autoritățile statului a unor obligații față de propriii cetățeni, și anume imposibilitatea eliberării actului electronic de identitate și creării cadrului tehnico-instituțional necesar utilizării acestuia potrivit funcțiilor sale, cu consecințe în ceea ce privește împiedicarea accesului la mijloace moderne specifice administrației informatizate,

având în vedere desele prorogări de termene și faptul că situația reclamă o procedură simplificată în eventualitatea în care un alt termen stabilit prin lege nu ar putea fi respectat din aceleași motive,

în considerarea faptului că elementele sus-menționate vizează un interes public și constituie o situație extraordinară, a cărei reglementare nu poate fi amânată și impune adoptarea de măsuri imediate pe calea ordonanței de urgență,

în temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. I. — Ordonanța Guvernului nr. 69/2002 privind regimul juridic al cărții electronice de identitate, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 844 din 15 septembrie 2004, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. **La articolul 1, alineatul (1) se abrogă.**

2. **Articolul 3 se abrogă.**

3. **La articolul 4, alineatul (2) va avea următorul cuprins:**

„(2) Asigurarea cu echipamente și programe informatice a autorităților și instituțiilor publice se va realiza eșalonat, astfel:

a) în municipiile reședință de județ, în termen de 18 luni de la data punerii în circulație a cărții electronice de identitate;

b) în celelalte municipii și orașe, în termen de 3 ani de la data punerii în circulație a cărții electronice de identitate;

c) în comune, în termen de 4 ani de la data punerii în circulație a cărții electronice de identitate.”

Art. II. — Guvernul va stabili, prin hotărâre, data de la care se pune în circulație cartea electronică de identitate, precum și data de la care se va realiza platforma-pilot pentru constituirea sistemului informatic de emiteră a cărții electronice de identitate.

PRIM-MINISTRU

EMIL BOC

Contrasemnează:

Ministrul administrației și internelor,

Constantin-Traian Igaș

Secretarul general al Guvernului,

Daniela Nicoleta Andreescu

GUVERNUL ROMÂNIEI

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ
pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 39/1996
privind înființarea și funcționarea Fondului de garantare a depozitelor în sistemul bancar

Având în vedere necesitatea de a transpune în legislația internă până la data de 31 decembrie 2010 prevederile art. 1 pct. 3 lit. a) din Directiva 2009/14/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 11 martie 2009 de modificare a Directivei 94/19/CE privind schemele de garantare a depozitelor în ceea ce privește plafonul de garantare și termenul de plată a compensațiilor,

ținând seama de obligațiile asumate prin Aranjamentul stand-by dintre România și Fondul Monetar Internațional, convenit prin Scrisoarea de intenție transmisă de autoritățile române, semnată la București la 24 aprilie 2009, și prin Decizia Consiliului director al Fondului Monetar Internațional din 4 mai 2009, precum și prin Scrisoarea suplimentară de intenție, semnată de autoritățile române la București la 5 februarie 2010 și aprobată prin Decizia Consiliului director al Fondului Monetar Internațional din 19 februarie 2010, completate și modificate prin Scrisoarea din iunie 2010 și prin Scrisoarea suplimentară din iunie 2010 și anexele acestora, ca urmare a celei de-a 4-a evaluări, ratificate prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2009 privind ratificarea Aranjamentului stand-by dintre România și Fondul Monetar Internațional, respectiv prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 10/2010 privind ratificarea Scrisorii de intenție, semnată de autoritățile române la București la 5 februarie 2010 și aprobată prin Decizia Consiliului director al Fondului Monetar Internațional din 19 februarie 2010, și pentru modificarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 99/2009, în contextul necesității menținerii stabilității financiare prin consolidarea progresivă a regimului de finanțare al Fondului de garantare a depozitelor pe termen mediu și suplimentarea criteriilor de eligibilitate impuse membrilor consiliului de administrație al acestuia, precum și de angajamentul asumat prin Memorandumul suplimentar de înțelegere (primul addendum la Memorandumul de înțelegere) dintre Uniunea Europeană și România, semnat la București la 18 februarie 2010 și la Bruxelles la 22 februarie 2010, la Memorandumul de înțelegere dintre Comunitatea Europeană și România, semnat la București și la Bruxelles la 23 iunie 2009, ratificat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 82/2009, completate și modificate ca urmare a celei de-a 4-a evaluări,

luând în considerare dispozițiile art. 240²¹ alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006 privind instituțiile de credit și adecvarea capitalului, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 227/2007, cu modificările și completările ulterioare, se impune completarea de urgență a cadrului legal privind funcționarea Fondului de garantare a depozitelor în sistemul bancar, pentru crearea de urgență a unui mecanism care să asigure aplicabilitatea prevederilor privind acordarea despăgubirilor pentru persoanele prejudiciate prin măsurile dispuse și implementate în cursul administrării speciale a instituțiilor de credit.

Luarea acestor măsuri în regim de urgență se impune avându-se în vedere necesitatea respectării termenelor asumate conform înțelegerilor cu Comisia Europeană și Fondul Monetar Internațional, iar neadoptarea cu celeritate a modificărilor legislative preconizate ar împieta asupra angajamentelor agreeate și asupra implementării acordurilor, cu potențiale efecte negative la nivel macroeconomic.

În considerarea faptului că aceste elemente vizează interesul general public și constituie situații de urgență și extraordinare a căror reglementare nu poate fi amânată,

în temeiul prevederilor art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Articol unic. — Ordonanța Guvernului nr. 39/1996 privind înființarea și funcționarea Fondului de garantare a depozitelor în sistemul bancar, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 587 din 19 august 2010, se modifică și se completează după cum urmează:

1. După titlul actului normativ se introduce denumirea titlului I, cu următorul cuprins:

„TITLUL I

Garantarea depozitelor”

2. La articolul 2, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2¹), cu următorul cuprins:

„(2¹) Fondul poate fi investit, prin acte normative cu putere de lege, cu calitatea de administrator al unor fonduri constituite pentru scopuri legate de asigurarea stabilității financiare.”

3. La articolul 6, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Plafonul de garantare este stabilit la echivalentul în lei al sumei de 100.000 euro.”

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

„(3) Resursele financiare prevăzute la alin. (1) lit. e) vor fi utilizate pentru acoperirea cheltuielilor curente ale Fondului

aferente activității de garantare a depozitelor și de efectuare a plății compensațiilor.”

5. La articolul 9, alineatul (5) se abrogă.

6. La articolul 30 alineatul (1), după litera a) se introduce o nouă literă, litera a¹), cu următorul cuprins:

„a¹) nu trebuie să dețină în cadrul vreunei instituții de credit calitatea de angajat sau director, membru al consiliului de administrație, comitetului de supraveghere ori directoratului, după caz;”.

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

„(2) Membrii Consiliului de administrație al Fondului nu pot participa la luarea deciziilor privind o instituție de credit în cadrul căreia o persoană cu care aceștia se află în una dintre relațiile enumerate la alin. (1) lit. a) deține una dintre calitățile menționate la art. 108 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 227/2007, cu modificările și completările ulterioare.”

8. La articolul 33 litera a), punctul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„6. Împrumuturile Fondului, precum și emiterea de titluri de valoare de către acesta;”.

9. La articolul 35, litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:

„f) asigură îndeplinirea tuturor procedurilor necesare pentru efectuarea plăților prevăzute de lege;”.

10. După articolul 56 se introduce denumirea titlului II, cu următorul cuprins:

„TITLUL II

Fondul special pentru despăgubiri”

11. După denumirea titlului II se introduce capitolul XIV „Constituirea, administrarea și utilizarea fondului special pentru despăgubiri”, cuprinzând articolele 57—67, având următorul cuprins:

„Art. 57. — Prevederile prezentului titlu reglementează condițiile referitoare la constituirea, administrarea și utilizarea fondului special pentru despăgubirea persoanelor prejudiciate prin măsurile dispuse și implementate în cursul administrării speciale, denumit în continuare *fondul special pentru despăgubiri*.

Art. 58. — (1) Fondul special pentru despăgubiri se constituie în vederea asigurării resurselor financiare necesare plății despăgubirilor pentru persoanele prejudiciate prin măsurile dispuse și implementate în cursul administrării speciale, în conformitate cu prevederile art. 240²¹ din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 227/2007, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Fondul special pentru despăgubiri este administrat de Fondul de garantare a depozitelor în sistemul bancar.

Art. 59. — În înțelesul prevederilor prezentului titlu, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

a) *persoană prejudiciată* — orice persoană care, în conformitate cu prevederile art. 240²¹ alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006, aprobată cu modificări prin Legea nr. 227/2007, cu modificările și completările ulterioare, a obținut o hotărâre judecătorească executorie prin care i se recunoaște dreptul de a primi despăgubiri pentru prejudiciul suferit ca urmare a măsurilor dispuse și implementate în cursul administrării speciale a unei instituții de credit;

b) *despăgubire* — suma determinată în conformitate cu dispozițiile alin. (2) al art. 240²¹ din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 99/2006, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 227/2007, cu modificările și completările ulterioare, ce trebuie plătită din fondul special pentru despăgubiri persoanei prejudiciate;

c) *cotizație* — suma nerambursabilă datorată Fondului de către fiecare instituție de credit persoană juridică română, în condițiile stabilite de prezentul titlu;

d) *pasiv negarantat* — valoarea în lei a elementelor bilanțiere de pasiv înregistrate în situațiile financiare anuale ale instituției de credit, din care se deduce soldul depozitelor garantate, determinate potrivit evidențelor instituției de credit de la data de 31 decembrie a anului precedent anului de plată a cotizației.

Art. 60. — (1) Fondul special pentru despăgubiri se constituie și se alimentează din următoarele resurse financiare:

a) cotizațiile anuale ale instituțiilor de credit la fondul special pentru despăgubiri;

b) cotizațiile suplimentare ale instituțiilor de credit la fondul special pentru despăgubiri;

c) venituri din investirea sumelor acumulate la fondul special pentru despăgubiri;

d) împrumuturi de la instituții de credit, de la societăți financiare și de la alte instituții, cu excepția Băncii Naționale a României, precum și împrumuturi obligatate prin emisiune de titluri de valoare ale Fondului.

(2) Investirea sumelor acumulate la fondul special pentru despăgubiri se realizează în instrumente financiare din categoriile prevăzute la art. 16 alin. (2), precum și în titluri de creanță emise de bănci multilaterale de dezvoltare și de organizații internaționale, potrivit unei strategii anuale care vizează minimizarea riscurilor și asigurarea eficienței plasamentelor respective.

(3) Sumele necesare acoperirii cheltuielilor impuse de gestionarea fondului special pentru despăgubiri și de efectuarea plății despăgubirilor vor fi asigurate din veniturile prevăzute la alin. (1) lit. c), iar în măsura în care se impune pot fi utilizate, în următoarea ordine de prioritate, sume din resursele prevăzute la alin. (1) lit. a), b) și d).

Art. 61. — (1) Cotizația anuală se determină prin aplicarea unei cote procentuale asupra valorii pasivului negarantat al fiecărei instituții de credit persoană juridică română.

(2) Cota procentuală utilizată la determinarea cotizației anuale se stabilește avându-se în vedere necesarul optim de resurse financiare ale fondului special pentru despăgubiri, precum și nivelul corespunzător de atins pentru fiecare an și nu poate depăși nivelul de 0,1%.

(3) În scopul determinării cotei procentuale anuale fiecare instituție de credit persoană juridică română raportează Fondului, în termenul prevăzut de reglementările Băncii Naționale a României pentru transmiterea situațiilor financiare anuale, valoarea pasivului negarantat potrivit modelului stabilit în reglementările emise de Fond.

(4) Cota procentuală se comunică de Fond instituțiilor de credit în cel mult 20 de zile de la împlinirea termenului la care face referire alin. (3).

(5) Fiecare instituție de credit plătește Fondului, până cel târziu la data de 30 iunie a fiecărui an, cotizația anuală, corespunzător cotei comunicate de Fond.

Art. 62. — (1) În situația în care Banca Națională a României, în baza fundamentării Fondului, consideră atins necesarul optim de resurse financiare acumulate la fondul special pentru despăgubiri poate decide suspendarea plății cotizațiilor anuale.

(2) În situațiile în care resursele fondului special pentru despăgubiri scad sub nivelul prevăzut la alin. (1), plata cotizațiilor anuale este reluată.

Art. 63. — În situația în care resursele financiare acumulate la fondul special pentru despăgubiri nu sunt suficiente pentru a asigura onorarea plății despăgubirilor, fiecare instituție de credit persoană juridică română plătește, în termenul comunicat de Fond, o cotizație suplimentară ce nu poate depăși nivelul cotizației rezultate prin aplicarea cotei maxime prevăzute la art. 61 alin. (2) asupra valorii pasivului negarantat al fiecărei instituții de credit persoană juridică română.

Art. 64. — Cotizațiile plătite de instituțiile de credit sunt recunoscute drept cheltuieli deductibile din punct de vedere fiscal.

Art. 65. — În cazul în care o instituție de credit nu își îndeplinește obligațiile ce îi revin potrivit prezentului titlu se aplică în mod corespunzător prevederile art. 10 alin. (4), art. 46 alin. (1), (2) și (4) și ale art. 47.

Art. 66. — (1) În completarea atribuțiilor stabilite prin titlul I, Consiliul de administrație al Fondului, cu aprobarea Consiliului de administrație al Băncii Naționale a României, adoptă deciziile necesare pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 60 alin. (3), art. 61 alin. (2), art. 62 și 63.

(2) Prevederile referitoare la atribuțiile directorului Fondului stabilite prin titlul I se aplică în mod corespunzător și pentru situațiile ce decurg din punerea în aplicare a prezentului titlu.

Art. 67. — Fondul asigură evidențierea distinctă în contabilitate a operațiunilor legate de constituirea, investirea și utilizarea resurselor financiare ale fondului special pentru despăgubiri.”

12. Punctul 8 din anexa „Lista depozitelor negarantate” se modifică și va avea următorul cuprins:

„8. Depozitele aparținând, după caz, administratorilor, directorilor, membrilor consiliului de supraveghere,

auditorilor, acționarilor semnificativi, ai instituției de credit în cauză.”

★

Prezenta ordonanță de urgență transpune dispozițiile art. 1 pct. 3 lit. a) din Directiva 2009/14/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 11 martie 2009 de modificare a Directivei 94/19/CE privind schemele de garantare a depozitelor în ceea ce privește plafonul de garantare și termenul de plată a compensațiilor, publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L68 din 13 martie 2009.

PRIM-MINISTRU
EMIL BOC

Contrasemnează:
Ministrul finanțelor publice,
Gheorghe Ialomițianu

București, 28 decembrie 2010.
Nr. 131.

GUVERNUL ROMÂNIEI

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, în vederea eficientizării unor instituții și activități în acest domeniu

În vederea eficientizării activității instituțiilor din domeniul sanitar, în acord cu prioritățile Guvernului de reformă în administrația publică,

ținând cont de urgența stabilirii unor măsuri economico-financiare la nivel teritorial, ca urmare a recesiunii economice severe care pune în pericol stabilitatea economică a României, și pentru asigurarea respectării angajamentelor asumate de Guvernul României cu ocazia negocierilor acordurilor de împrumut cu organisme financiare în ceea ce privește nivelul deficitului bugetului general consolidat pentru anul 2010;

în vederea asigurării continuității tratamentului bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate în cadrul cărora sunt tratate afecțiuni cu impact major asupra stării de sănătate a populației, precum HIV/SIDA, TBC, afecțiuni oncologice, diabet zaharat, insuficiență renală cronică, care pot determina consecințe deosebit de grave prin decesul pacienților;

deoarece, în caz contrar, nu se pot asigura punerea în aplicare a Programului de guvernare acceptat de Parlament și îndeplinirea obligației statului de garantare a dreptului constituțional al cetățenilor la ocrotirea sănătății, prin certificarea calității serviciilor de sănătate;

având în vedere necesitatea implementării cardului de asigurări sociale de sănătate, fapt ce va determina o eficientizare a resurselor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate care vizează, de asemenea, interesul general public, implementare ce nu mai poate fi amânată,

întrucât neadoptarea de măsuri imediate, prin ordonanță de urgență, ar conduce la reale dificultăți în ceea ce privește o funcționare optimă a întregii activități a spitalelor, precum și în asigurarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază și creșterea calității vieții,

în considerarea faptului că aceste elemente vizează interesul general public și constituie situații de urgență și extraordinare a căror reglementare nu poate fi amânată,

în temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. I. — Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372 din 28 aprilie 2006, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 48, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate cuprinde obiectivele, structura acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare derulării programelor.”

2. La articolul 54, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Sumele alocate programelor naționale de sănătate multianuale sunt aprobate prin legea bugetului de stat în conformitate cu prevederile Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.”

3. După articolul 189 se introduce un nou articol, articolul 189¹, cu următorul cuprins:

„Art. 189¹. — (1) Veniturile realizate de unitățile sanitare publice în baza contractelor de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate nu pot fi utilizate pentru:

- a) investiții în infrastructură;
- b) dotarea cu echipamente medicale;
- c) acoperirea cheltuielilor de personal peste limita maximă prevăzută la art. 197 alin. (2).

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) se suportă din alte surse, în condițiile prezentei legi.”

4. La articolul 212, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 212. — (1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, adeverința de asigurat sau carnetul de asigurat eliberate prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul. După implementarea dispozițiilor din cuprinsul titlului IX, aceste documente justificative se înlocuiesc cu cardul național de asigurări sociale de sănătate. Data de la care urmează a se utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate se stabilește prin hotărâre a Guvernului.”

5. La articolul 217, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS pe baza consultării Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare *CMR*, Colegiului Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare *CMDR*, Colegiului Farmaciștilor din România, denumit în continuare *CFR*, Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, denumit în continuare *OAMMR*, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, denumit în continuare *OBBC*, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, până la data de 31 decembrie a anului în curs pentru următorii 2 ani.”

6. La articolul 217, alineatul (6) se abrogă.

7. La articolul 244, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 244. — (1) Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care îndeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS și Ministerul Sănătății, pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.”

8. Partea introductivă a articolului 245 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 245. — Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care pot fi în relații contractuale cu casele de asigurări, sunt:”

9. La articolul 256, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Din sumele colectate în contul fondului potrivit alin. (2), o cotă de 60% se repartizează obligatoriu de către ordonatorul principal de credite caselor de asigurări de sănătate, proporțional cu veniturile realizate la nivel teritorial, și rămân la dispoziția acestora.”

10. La articolul 262, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 262. — (1) Sumele colectate în condițiile art. 256 alin. (2) se utilizează astfel:

- a) pentru plata serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale, inclusiv a celor acordate în baza documentelor internaționale cu parteneri în domeniul sănătății la care România este parte, în condițiile

stabilite prin contractul-cadru, de către casele de asigurări de sănătate din sumele repartizate conform art. 256 alin. (3);

- b) o cotă de 3% pentru cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale CNAS, din care cel puțin 0,75% pentru casele de asigurări de sănătate. Prin legile bugetare anuale se poate aproba depășirea limitei de 3%;

- c) o cota de 37% rămâne în contul CNAS.”

11. La articolul 262, după alineatul (1) se introduc două noi alineate, alineatele (11) și (12), cu următorul cuprins:

„(11) Sumele rămase conform alin. (1) lit. c) în contul CNAS se utilizează pentru:

- a) o cotă de 2% pentru constituirea fondului de rezervă, în condițiile prevăzute la art. 256 alin. (41);

- b) o cotă de 98% pentru constituirea fondului de redistribuire.

(12) Fondul de redistribuire constituit în condițiile prevăzute la alin. (11) lit. b) se utilizează pentru echilibrarea bugetelor caselor de asigurări de sănătate.

Criteriile de alocare pe județe a fondului de redistribuire se elaborează de CNAS, se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.”

12. La articolul 265, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Sumele rămase neutilizate la nivelul CNAS la sfârșitul fiecărui an se reportează în anul următor și se utilizează pentru destinațiile prevăzute la art. 262 alin. (1).”

13. La articolul 268, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Membrii comisiilor de experți prevăzute la alin. (1) beneficiază de o indemnizație lunară de 1% din indemnizația președintelui CNAS, respectiv din salariul funcției de președinte — director general al casei de asigurări de sănătate, care se acordă proporțional cu numărul de participări efective la ședințe. Indemnizațiile și cheltuielile de deplasare ocazionate de participarea în comisiile de experți sunt suportate de CNAS, respectiv de casa de asigurări de sănătate la nivelul căreia funcționează comisia. Regulamentul de organizare și funcționare și atribuțiile comisiilor de experți se stabilesc prin decizie a președintelui CNAS.”

14. La articolul 276, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 276. — (1) Consiliul de administrație al CNAS se constituie din 7 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează:

- a) 4 reprezentanți ai statului, dintre care unul este numit de Președintele României, iar 3 sunt numiți de primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății;

- b) un membru numit de către confederațiile patronale reprezentative la nivel național;

- c) un membru numit de către confederațiile sindicale reprezentative la nivel național;

- d) un membru numit de primul-ministru, cu consultarea Consiliului Național al Persoanelor Vârștnice.”

15. La articolul 276, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:

„(3) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administrație pot fi revocați din funcții de către cei care i-au numit, iar pe funcțiile rămase vacante sunt numiți noi membri, până la expirarea mandatului în curs.”

16. La articolul 277, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Consiliul de administrație are un vicepreședinte ales de consiliul de administrație prin vot secret.”

17. La articolul 278, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 278. — (1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 5 membri.”

18. La articolul 282, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Membrii Consiliului de administrație al CNAS, cu excepția președintelui și a vicepreședintelui, beneficiază de o indemnizație lunară de până la 1% din indemnizația președintelui CNAS, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.”

19. La articolul 287, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Mandatul membrilor consiliilor de administrație ale caselor de asigurări este de 4 ani. Membrii consiliilor de administrație ale caselor de asigurări beneficiază de o indemnizație lunară de până la 1% din salariul funcției de director general al casei de asigurări respective, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație.”

20. Articolul 312 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 312. — (1) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani.

(2) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, statul, prin Ministerul Sănătății, poate acorda stimulente în natură.

(3) În baza dispozițiilor alin. (1) și (2), consiliile locale și Ministerul Sănătății încheie cu medicii și cu personalul sanitar, beneficiar, un contract civil, cu o clauză de fidelitate în sarcina acestora, pentru o perioadă de cel puțin 5 ani.”

21. În tot cuprinsul titlului VIII, cuvântul „vicepreședinti” se înlocuiește cu cuvântul „vicepreședinte”.

22. La articolul 330, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (2), cu următorul cuprins:

„(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite pentru dovedirea calității de asigurat pentru furnizarea unor servicii medicale.”

23. Articolul 331 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 331. — (1) Informațiile minime care pot fi accesate de pe cardul național de asigurări sociale de sănătate sunt următoarele:

a) numele, prenumele, precum și codul numeric personal ale asiguratului;

b) codul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

c) numărul de identificare al cardului național de asigurări sociale de sănătate.

(2) Pe cipul cardului național de asigurări sociale de sănătate vor fi înregistrate informațiile minime prevăzute la alin. (1), precum și următoarele informații:

a) diagnostice medicale cu risc vital și boli cronice;

b) grupa sanguină și Rh;

c) acceptul exprimat, în timpul vieții, pentru prelevarea de organe, țesuturi și celule, după deces;

d) medic de familie: nume, prenume, date de contact.

(3) Diagnosticele medicale cu risc vital și bolile cronice care vor fi înregistrate pe cipul cardului național de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(4) Pe cardul național de asigurări sociale de sănătate datele medicale se înregistrează separat de datele administrate, iar accesul la acestea se face numai de persoane autorizate în acest scop.

(5) Informația prevăzută la alin. (2) lit. c) se va înregistra pe cipul cardului național de asigurări sociale de sănătate, sub condiția respectării dispozițiilor prevăzute la art. 147 pct. 5.

(6) Accesul personalului medical la informațiile înregistrate pe cardul național de asigurări sociale de sănătate va fi stabilit prin Norme metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate prevăzut în titlul IX «Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate» al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.”

24. Articolul 332 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 332. — (1) Cheltuielile necesare pentru producerea cardului național de asigurări sociale de sănătate se suportă atât de CNAS, cât și de asigurat.

(2) Asiguratul suportă cheltuielile reprezentând contravaloarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, respectiv a documentului propriu-zis prin care se atestă calitatea de asigurat, precum și costurile aferente distribuției acestuia.”

25. Articolul 333 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 333. — (1) Componenta informatică a cardului național de asigurări sociale de sănătate este parte integrantă a sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se eliberează și se administrează prin utilizarea serviciilor de operare și management al unei unități specializate în acest scop și numai prin intermediul sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate. CNAS eliberează și administrează cardul național de asigurări sociale de sănătate și are calitatea de operator de date cu caracter personal pentru datele menționate.

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în cardul național de asigurări sociale de sănătate se face în condițiile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, iar prin normele metodologice menționate la art. 331 alin. (6) va fi stabilită modalitatea de exercitare a dreptului de acces la datele cu caracter personal legate de starea de sănătate de către persoana asigurată.”

26. Articolul 335 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 335. — (1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de

asigurări de sănătate, precum și titularii cardului național de asigurări sociale de sănătate au obligația de a solicita și, respectiv, de a prezenta acest document, la data acordării asistenței medicale, în condițiile prevăzute de contractul-cadru și de normele metodologice de aplicare a acestui contract.

(2) Alte obligații ale furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale privind implementarea sistemului cardului național de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a dispozițiilor din cuprinsul prezentului capitol.”

27. Articolul 336 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 336. — (1) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite individual pentru fiecare asigurat cu vârsta de peste 18 ani, așa cum este reglementat la art. 211 alin. (1), art. 213 și 215.

(2) Asigurații cu vârsta de până la 18 ani beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în baza documentelor care atestă că se încadrează în categoria de asigurați, prevăzută la art. 213 alin. (1) lit. a).

(3) Persoanele asigurate prevăzute la alin. (1) au obligația prezentării cardului național de asigurări sociale de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Neprezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate conduce la acordarea acestor servicii numai contra cost, cu excepția serviciilor prevăzute la art. 220.”

28. Articolul 338 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 338. — În bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate vor fi prevăzute sume pentru cardul național de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu dispozițiile art. 332.”

29. După articolul 338 se introduce un nou articol, articolul 338¹, cu următorul cuprins:

„Art. 338¹. — (1) Producerea cardului național de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Compania Națională «Imprimeria Națională» — S.A.

(2) Personalizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Centrul Național Unic de Personalizare a Pașapoartelor Electronice din cadrul Direcției

Generale de Pașapoarte, structură componentă a Ministerului Administrației și Internelor.

(3) Echipamentele și aplicațiile de personalizare necesare potrivit alin. (2), precum și serviciile pentru funcționarea neîntreruptă a acestora se asigură de către Compania Națională «Imprimeria Națională» — S.A.”

30. La articolul 683, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) SNSPMPDSB funcționează în coordonarea Ministerului Sănătății, iar coordonarea academică se stabilește prin hotărâre a Guvernului.”

31. În tot cuprinsul titlului XVI sintagma „Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar” se înlocuiește cu „Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București”.

Art. II. — În termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate vor supune aprobării, prin hotărâre a Guvernului, Normele metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate prevăzut în titlul IX „Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate” al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, cu respectarea legislației privind protecția datelor cu caracter personal.

Art. III. — (1) Prevederile art. 277 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificat potrivit art. I pct. 16 din prezenta ordonanță de urgență, se aplică de la data încetării, în cazurile și situațiile prevăzute de lege, a mandatelor aflate în curs la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

(2) Începând cu data de 15 ianuarie 2011, consiliul de administrație are un singur vicepreședinte.

(3) Consiliul de administrație al CNAS se reorganizează potrivit prevederilor prezentei ordonanțe de urgență, în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a acesteia.

Art. IV. — Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372 din 28 aprilie 2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu modificările și completările aduse prin prezenta ordonanță de urgență, se va republica în Monitorul Oficial al României, Partea I, dându-se textelor o nouă numerotare.

PRIM-MINISTRU

EMIL BOC

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

Cseke Attila

Ministrul finanțelor publice,

Gheorghe Ialomițianu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Nicolae-Lucian Duță

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012

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) Se aprobă programele naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, precum și structura și obiectivele acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

(2) Programele naționale de sănătate reprezintă, potrivit prevederilor art. 45 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, un ansamblu de acțiuni multianuale, organizate în scopul evaluării, prevenirii, tratamentului și controlului bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației.

(3) Programele naționale de sănătate se derulează în mod distinct sau în comun de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

Art. 2. — Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, denumite în continuare *norme tehnice*, sunt aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 3. — (1) 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.

(2) Necesarul de resurse pentru derularea programelor naționale de sănătate și detalierea acestuia pe surse de finanțare și categorii de cheltuieli este fundamentat și cuprins anual în legea bugetului de stat.

(3) Detalierea fondurilor prevăzute la alin. (2) pe programe naționale de sănătate se aprobă prin norme tehnice.

(4) Ministerul Sănătății reține la dispoziția sa, din veniturile proprii, o cotă de rezervă de 5% din totalul fondurilor prevăzute la alin. (2) care se repartizează și se utilizează în completarea fondurilor alocate inițial, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

Art. 4. — (1) Programele naționale de sănătate sunt elaborate și, după caz, implementate și coordonate la nivel național de structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății.

(2) Ministerul Sănătății poate desemna unități din subordinea sa pentru asigurarea implementării și coordonării la nivel național a programelor naționale de sănătate.

(3) Atribuțiile structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății și ale unităților din subordine cu privire la elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează, implementează, derulează și monitorizează programele naționale de sănătate prevăzute la lit. B din anexă.

Art. 5. — (1) Implementarea și monitorizarea la nivel regional a programelor naționale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă se realizează de către coordonatorii regionali din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică și din unități din subordinea Ministerului Sănătății.

(2) Implementarea și monitorizarea la nivel local a programelor naționale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă se realizează de către coordonatorii locali din cadrul direcțiilor de sănătate publică.

(3) Atribuțiile coordonatorilor regionali și locali prevăzuți la alin. (1) și (2) cu privire la implementarea și monitorizarea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

(4) 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.

(5) Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății prevăzute în normele tehnice, trimestrial, în termen de maximum 30 de zile de la data încheierii trimestrului, indicatorii fizici și de eficiență pentru programele prevăzute la lit. B din anexă.

Art. 6. — (1) Ministerul Sănătății repartizează direcțiilor de sănătate publică și unităților sanitare din rețeaua sanitară proprie fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă, în condițiile legii.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

Art. 7. — (1) Sumele aprobate pentru derularea programelor naționale de sănătate se alocă lunar, pe baza cererilor fundamentate ale ordonatorilor de credite secundari și terțiari, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(2) Pentru programele naționale de sănătate finanțate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, sumele necesare se asigură lunar de către Ministerul Sănătății, în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat, la solicitarea fundamentată a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(3) Pentru realizarea atribuțiilor referitoare la programele naționale de sănătate prevăzute la lit. A din anexă, direcțiile de sănătate publică pot încheia contracte, conform legii, cu unități

sanitare publice și private, instituții publice, furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale autorizate și evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, alte instituții și organizații guvernamentale și neguvernamentale, precum și cu autoritățile administrației publice locale pentru structurile al căror management a fost preluat de către acestea, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(4) 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 negociate și încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate, precum și între centrele-pilot sau furnizorii privați de servicii de dializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată) și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz;

b) în baza contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și ofertanții desemnați câștigători ai procedurilor de achiziție publică organizate la nivel național, conform art. 11 alin. (1).

Art. 8. — (1) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate și direcțiile de sănătate publică, casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2012.

(2) În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale, conform dispozițiilor legale în vigoare.

(3) 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.

(4) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram de sănătate.

Art. 9. — (1) Modelele de contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, conform și în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Toate documentele prezentate în copie care stau la baza încheierii contractelor pentru derularea programelor naționale de sănătate sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al unității de specialitate, pe fiecare pagină.

(4) Direcțiile de sănătate publică decontează unităților de specialitate cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate contravaloarea bunurilor și serviciilor acordate în cadrul programelor naționale de sănătate, precum și a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfășoară activități în cadrul acestora, care fac obiectul contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, conform contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(6) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru exactitatea și realitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai unităților de specialitate care derulează programe naționale de sănătate.

(7) Decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în limita sumelor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, după cum urmează:

a) în termen de maximum 90 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru bunurile și serviciile contractate de către direcțiile de sănătate publică;

b) în termen de maximum 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor depuse în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, validare care se realizează în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor justificative;

c) în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de către direcțiile de sănătate publică pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfășoară activități în cadrul programelor naționale de sănătate.

(8) Unitățile sanitare cu paturi din rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și unitățile sanitare din subordinea ministerelor cu rețea sanitară proprie pot derula programe naționale de sănătate în condițiile legii.

(9) Farmaciile cu circuit deschis care pot elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, care se acordă pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate, sunt selectate în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat conform legii.

Art. 10. — (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 contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

Art. 11. — (1) Pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în unele programe naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, precum și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, Ministerul Sănătății și/sau Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, 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.

(2) Modalitatea de contractare și decontare a produselor achiziționate la nivel național se aprobă prin normele tehnice. Până la finalizarea procedurii de achiziție publică la nivel național prin semnarea contractelor cu ofertanții desemnați câștigători, 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 paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la un preț care nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(3) Pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în programele naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, precum 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 altora asemenea se face de instituțiile/unitățile sanitare care derulează programele respective, 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.

(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 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 (DCI), cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului, când prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a denumirii comune internaționale.

(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea la nivelul prețului de decontare prevăzut la alin. (4), fără a încasa contribuție personală pentru acestea de la asigurați.

(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 care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum și celor care au efectuat transplant și pacienților cu unele boli rare aprobate prin normele tehnice se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic se asigură prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează programul.

(9) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice incluși în Programul național de oncologie se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală;

b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităților sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare parenterală, începând cu data la care se finalizează procedurile de achiziție publică. Până la data finalizării procedurii, eliberarea se face în aceleași condiții ca medicamentele nominalizate la lit. a). În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programului, prescripțiile se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator și cu documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(10) 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. 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.

(11) Pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în programele naționale de sănătate finanțate de la bugetul de stat și/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății pentru care se organizează achiziții publice la nivel național, unitățile sanitare din rețeaua Ministerului Sănătății, unitățile sanitare din rețeaua administrației publice locale, precum și unitățile sanitare din subordinea ministerelor cu rețea sanitară proprie pot beneficia de produsele achiziționate la nivel național în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică, transferate în condițiile actelor normative în vigoare, pe bază de procese-verbale de predare-primire.

Art. 12. — (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrați se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Pentru asigurarea testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrați, casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale la contractele pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală cu farmaciile cu circuit deschis.

(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțratat la prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

(4) Condițiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțratat se stabilesc prin normele tehnice.

Art. 13. — Acordarea gratuită de lapte praf, formulă pentru sugari, copiilor cu vârste cuprinse între 0—12 luni care nu beneficiază de lapte matern, în cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului, se realizează până la epuizarea stocurilor existente la direcțiile de sănătate publică și consiliile locale ale municipiilor, orașelor și comunelor, respectiv consiliile locale ale sectoarelor municipiului București.

Art. 14. — (1) 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 2012, prin acte adiționale încheiate în termenul de valabilitate a contractelor.

(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.

Art. 15. — (1) Pentru realizarea atribuțiilor și activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate pot încheia contracte/convenții civile cu medici, asistenți medicali și alte categorii de personal, după caz, precum și cu persoane juridice, potrivit dispozițiilor Codului civil și în condițiile stabilite prin normele tehnice.

(2) Activitățile pentru care se utilizează personalul prevăzut la alin. (1) se nominalizează în normele tehnice.

(3) Contractele/Convențiile civile încheiate în condițiile alin. (1) de către unitățile de specialitate stabilite la alin. (1) prevăd acțiuni multianuale, sunt de natură civilă și se încheie pentru toată perioada de derulare a programelor naționale de sănătate.

(4) Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la alin. (1) sunt cuprinse în fondurile alocate programelor naționale de sănătate.

Art. 16. — În sumele prevăzute pentru derularea programelor naționale de sănătate se cuprind și cheltuielile ocazionate de monitorizarea și controlul acestora.

Art. 17. — (1) Ministerul Sănătății poate încheia contracte cu unitățile din coordonarea sau aflate sub autoritatea sa, în condițiile prevăzute de legislația din domeniul achizițiilor publice.

(2) 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. 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 multianuale pentru anii 2011 și 2012.

Art. 18. — (1) Realizarea imunizării copiilor din grupele eligibile pentru vaccinare, stabilite conform calendarului național de imunizare, precum și realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătății sau direcțiile de sănătate publică, ca măsuri de sănătate publică sau în situații epidemiologice cu risc crescut de îmbolnăvire, sunt obligatorii pentru toți medicii de familie și medicii care deservește unitățile sanitare și unitățile de învățământ, în condițiile legii.

(2) Pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în cadrul Programului național de imunizare și al Programului

național de sănătate a femeii și copilului finanțate de la bugetul de stat și/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, pentru care se organizează achiziții publice la nivel național, direcțiile de sănătate publică încheie contracte cu furnizorii de servicii din asistența medicală primară, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sau, după caz, cu autoritățile administrației publice locale pentru medicii care deservește unitățile de învățământ în baza cărora pot primi produsele achiziționate.

Art. 19. — Cheltuielile angajate, lichidate și ordonanțate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate în anul precedent și neplătite până la sfârșitul acestuia se vor plăti în anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate.

Art. 20. — Sumele alocate în anii 2011 și 2012 din bugetul de stat și veniturile proprii ale Ministerului Sănătății prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează după cum urmează:

a) pentru realizarea obiectivelor și activităților desfășurate în anii 2011 și 2012 în cadrul unor programe naționale de sănătate, aprobate în condițiile legii;

b) pentru stingerea obligațiilor de plată înregistrate până la data de 31 decembrie a anului precedent și rămase neachitate până la data de 31 decembrie a anului următor;

c) medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis în trimestrul IV al anului precedent, sunt considerate cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate, dar nu mai mult decât la nivelul cheltuielii trimestrului III al anului precedent.

Art. 21. — 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. 22. — În cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă efectuate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate sau cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate este, după caz, tarif pe ședință de hemodializă convențională, tarif pe ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line, tarif/pacient cu dializă peritoneală continuă/an și tarif/pacient cu dializă peritoneală automată/an, tarife care sunt exprimate în lei și sunt prevăzute în normele tehnice.

Art. 23. — Unitățile de specialitate 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. 24. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2011.

PRIM-MINISTRU

EMIL BOC

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

Cseke Attila

Ministrul finanțelor publice,

Gheorghe Ialomițianu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Nicolae-Lucian Duță

STRUCTURA
programelor naționale de sănătate și obiectivele acestora pentru anii 2011 și 2012

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

STRUCTURĂ:

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 supraveghere și control al bolilor transmisibile (boli transmisibile prioritare, infecție HIV, tuberculoză, infecții cu transmitere sexuală)

Obiectiv:

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

Structură:

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 și monitorizare a utilizării antibioticelor și a antibioretistenței

Obiectiv:

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

II. 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

Structură:

1. Subprogramul privind protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanți din mediul de viață și muncă;

2. Subprogramul privind protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc alimentari și de nutriție.

III. Programul național de hematologie și securitate transfuzională

Obiectiv:

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

IV. Programele naționale privind bolile netransmisibile

1. Programul național de boli cardiovasculare

Obiective:

a) tratamentul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare prin:

— proceduri de cardiologie intervențională;

— proceduri de chirurgie cardiovasculară;

— proceduri de chirurgie vasculară;

— intervenție coronariană percutană în infarctul miocardic acut;

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

Structură:

1.1. Subprogramul de tratament al pacienților cu afecțiuni cardiovasculare;

1.2. Subprogramul de tratament invaziv al infarctului miocardic acut.

2. Programul național de oncologie

Obiective:

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

b) diagnosticarea în stadii incipiente a cancerului de col uterin, cancerului mamar și cancerului colorectal;

c) tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

d) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice;

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

Structură:

2.1. Subprogramul de profilaxie a cancerului de col uterin prin vaccinarea HPV*);

2.2. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin;

2.3. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului mamar;

2.4. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului colorectal;

2.5. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

2.6. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT.

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 toxicodependență;

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

Structură:

3.1. Subprogramul de profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială;

3.2. Subprogramul de prevenire și tratament ale toxicodependențelor.

*) Se derulează în anul 2011.

4. Programul național de diabet zaharat

Obiective:

- a) prevenția secundară a diabetului zaharat prin depistarea precoce a complicațiilor acestuia [inclusiv prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];
- b) tratamentul medicamentos al pacienților cu diabet zaharat;
- c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați;
- d) 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) asigurarea suplării fiziologice a organelor aflate în insuficiență cronică ireversibilă și/sau înlocuirea țesuturilor nefuncționale prin transplant de organe, țesuturi și/sau celule;
- e) evaluarea periodică a pacienților transplantați;
- f) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant;
- g) crearea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
- h) tratamentul infertilității cuplului.

Structură:

5.1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;

5.2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice periferice și centrale;

5.3. Subprogramul de fertilizare *in vitro* și embriotransfer.

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

Obiective:

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.

Structură:

6.1. Subprogramul de tratament chirurgical al unor afecțiuni complexe prin chirurgie minimum 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 parietală 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

scăderii morbidității prin gușă datorată carenței de iod și complicațiilor sale

8. Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare

Obiective:

a) diagnosticarea precoce și prevenirea complicațiilor la bolnavii cu unele boli rare;

b) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru perioada 2011—2012;

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

9. Programul național de diagnostic și tratament al sepsisului sever*)

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului pentru bolnavii cu sepsis sever

10. Programul național de urgență prespitalicească

Obiective:

Creșterea accesului populației la servicii medicale de urgență adecvate, indiferent de zona de reședință

11. Programul național de monitorizare activă a bolnavilor cu dizabilități de ambulație (copii și adulți)

Obiectiv:

Realizarea, implementarea și managementul Registrului național al bolnavilor cu dizabilități de ambulație (copii și adulți)

V. Programul național de evaluare și 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 promovare a unui stil de viață sănătos;

2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun;

3. Subprogramul de supraveghere a stării de sănătate a populației.

VI. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

a) creșterea accesului și a 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;

e) depistarea precoce și prevenirea secundară a unor complicații la unele boli cronice ale copilului.

Structură:

1. Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriție a gravidei și copilului;

2. Subprogramul de sănătate a copilului;

3. Subprogramul de sănătate a femeii;

*) Sumele alocate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru stingerea obligațiilor de plată neachitate până la data de 31 decembrie 2010.

4. Subprogramul de monitorizare și evaluare a Programului național de sănătate a femeii și copilului.

VII. Programul național de tratament în străinătate

Obiectiv:

Asigurarea accesului la tratament în străinătate pentru bolnavii cu afecțiuni care nu pot fi tratate în țară

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

Obiectiv:

Asigurarea fondurilor necesare compensării în cuantum de 40% a medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună în cadrul Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor

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

STRUCTURĂ:

I. Programe naționale de sănătate cu scop curativ

1. Programul național de boli transmisibile

Obiective:

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

b) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză.

Structură:

1.1. Subprogramul de tratament al 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 cardiologie intervențională;

b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

c) proceduri de chirurgie vasculară;

d) intervenție coronariană percutană în infarctul miocardic acut.

Structură:

2.1. Subprogramul de tratament al pacienților cu afecțiuni cardiovasculare;

2.2. Subprogramul de tratament invaziv al infarctului miocardic acut.

3. Programul național de oncologie

Obiective:

a) tratamentul pacienților cu afecțiuni oncologice;

b) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice.

Structură:

3.1. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

3.2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT.

4. Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)

Obiectiv:

Tratamentul 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

Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice

7. Programul național de diagnostic și tratament al sepsisului sever*)

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului pentru bolnavii cu sepsis sever.

8. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

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

9. Programul național de ortopedie

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.

10. 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 cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic.

11. 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, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate la domiciliul pacienților.

12. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv:

Tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică

II. Programele naționale de sănătate profilactice

Programul național de depistare precoce activă a afecțiunilor oncologice

Obiectiv:

Diagnosticarea în stadii incipiente a afecțiunilor oncologice

Structură:

1.1. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin;

1.2. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului mamar;

1.3. Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului colorectal.

*) Sumele alocate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru stingerea obligațiilor de plată neachitate până la data de 31 decembrie 2010.

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂȚĂII

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 1.492 din 14 decembrie 2010

Nr. 1.027 din 8 decembrie 2010

ORDIN

privind modificarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010

Având în vedere:

- Referatul de aprobare nr. Cs.A 13.104 din 14 decembrie 2010 al Ministerului Sănătății și nr. DG3.626 din 8 decembrie 2010 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu completările ulterioare,
- în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Anexa 17 b II din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, cu

modificările și completările ulterioare, se modifică și se înlocuiește cu anexa*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Prevederile prezentului ordin se aplică începând cu luna decembrie 2010.

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

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

*) Anexa se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 893 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

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. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 448797