CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREŞEDINTE

ORDIN

pentru modificarea şi completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2022 şi 2023, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022

Văzând Referatul de aprobare nr. DG .....al directorului general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

- având în vedere prevederile art. 51 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006 *privind reforma în domeniul sănătăţii*, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi ale Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 *privind aprobarea programelor naţionale de sănătate*, cu modificările şi completările ulterioare,
- în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare,

preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

ART. I

Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2022 şi 2023, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 318 şi 318 bis din 31 martie 2022, cu modificările şi completările ulterioare, se modifică şi se completează după cum urmează:

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

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

2. La capitolul I articolul 4, alineatul (2), litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigaţiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciilor de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică, precum şi a serviciilor de radioterapie.

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

„d) asigurarea serviciilor conexe actului medical persoanelor cu tulburări din spectrul autist."

4. La capitolul I articolul 6, alineatele(3), (4) şi (7) se modifică şi vor avea următorul cuprins:
„(3) Casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, servicii conexe, de medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram de sănătate.
(4) Modelele de contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative încheiate între casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate curative sunt prevăzute în anexele nr. 1, 2, 3, 4, 5 şi 5^1 la prezentele norme.
(7) Cheltuielile realizate în luna decembrie a anului precedent, peste limita maximă în cadrul căreia s-au încheiat angajamente legale, şi nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea utilizate în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi pentru serviciile medicale şi serviciile conexe, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.”

5. La capitolul I articolul 11, alineatul (3) se modifică şi va avea următorul cuprins:
„(3) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii prin care se derulează Programul naţional de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)], respectiv Programul naţional de PET-CT, Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;
şi Subprogramul naţional de testare genetică se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 3.”

6. La articolul 11, după alineatul (5), se introduce un nou alineat, alineatul (51) cu următorul cuprins:
„(5^1) Contractele care se vor încheia între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii conexe actului medical persoanelor cu tulburări din spectrul autist prin care se derulează Subprogramul național de intervenţii specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului naţional de sănătate mintală se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 5^1.”

7. La capitolul I articolul 15 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 15

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

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

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

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

„(5) Serviciile de radioterapie efectuate bolnavilor aflaţi în regim de spitalizare continuă se decontează unităţilor de specialitate care implementează Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecţiuni oncologice, cu excepţia serviciilor efectuate bolnavilor aflaţi în regim de spitalizare continuă pe secția/compartimentul de radioterapie.”

10. Articolul 22, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ART. 22

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

(2) Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autorităţile competente potrivit legislaţiei în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale, serviciilor conexe, după caz, se face prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, care însoţeşte persoana cu tulburări psihice la furnizorii de servicii medicale, servicii conexe, după caz, prezintă obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării de către furnizori a acestui document în evidenţele proprii.”

11. La articolul 26, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altora asemenea, acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, conform contractelor încheiate cu furnizorii.”

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

„(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciile medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică, dozarea hemoglobinei glicozilate şi investigaţiile PET-CT, serviciile

de dializă, serviciile conexe, respectiv serviciile de radioterapie, unităţile de specialitate depun la casele de asigurări de sănătate factura/facturile, indicatorii specifici realizaţi în luna anterioară, documentele justificative cu privire la serviciile efectuate, care cuprind datele de identificare şi diagnosticul bolnavului, biletul de trimitere, referatul de solicitare a serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciilor medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, serviciilor de testare genetică*), declaraţia de servicii lunare (centralizator şi desfăşurător), după caz.

---

*) Modelul referatului de solicitare a serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, serviciilor medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne şi a serviciilor de testare genetică este prevăzut în anexele nr. 9, 10 şi 10^1.

13. La capitolul III, articolul 29, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 29

Casele de asigurări de sănătate vor analiza şi vor valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situaţiile prezentate de unităţile sanitare şi gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziţie anterior, precum şi stocurile cantitativ-valorice şi vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract şi a fondurilor disponibile cu această destinaţie, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, contravaloarea facturilor aferente cererilor justificative pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, cu excepţia serviciilor medicale şi serviciilor conexe, pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.”

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

„(1) În cadrul Subprogramului de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, Subprogramului de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne, şi Subprogramului naţional de testare genetică pentru probele pentru investigaţiile paraclinice decontate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceştia, însoţite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în normele tehnice, nu este necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice care le-au efectuat, fără a fi necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.”

15. La capitolul VI, articolul 37 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară, servicii medicale de diagnosticare genetică a tumorilor solide maligne, servicii de testare genetică, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative cu unităţile de specialitate prevăzute la art. 3 alin. (4), care sunt şi în relaţie

contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, după caz. Medicamentele eliberate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii şi unităţile de specialitate în baza actelor adiţionale încheiate la contractele pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative."

16. La capitolul VI, articolul 38, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice din cadrul Programului naţional de oncologie şi a Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:"

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

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

18. Articolul 39, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ART. 39

Unităţile de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative au obligaţiile, sancţiunile precum şi condiţiile de reziliere, suspendare şi încetare a contractului prevăzute în Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate şi asumate de părţile contractante prin contractele încheiate în acest sens, după modelele de contract prevăzute în anexele nr. 1 - 51 la prezentele Norme tehnice.

19. La articolul 40, alineatul (2) literele a), b), f), g), i), şi j) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi sau cu furnizorii autorizaţi şi acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, după caz, şi care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, precum şi cu furnizorii de servicii de dializă, furnizorii de servicii conexe, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie, şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina de internet proprie şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

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

.....

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare şi altor asemenea sau investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de acestea, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/investigaţiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

.....

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale şi altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri,

înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.”

20. La articolul 40, alineatul (8) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(8) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a publica pe pagina de internet proprie, lista unităţilor de specialitate cu care se afla în relaţie contractuală pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative.”

21. La articolul 46, literele a), b), e), f), g), h) şi j)se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„a) Unităţile de specialitate care solicită includerea în programele naţionale de sănătate curative depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă îşi desfăşoară activitatea cererea de includere în program, însoţită de chestionarul de evaluare completat aferent programului/subprogramului/activităţii pentru care se face solicitarea. Chestionarele de evaluare cuprind criteriile de includere în program/subprogram/activitate şi modelele acestora sunt prevăzute în anexa nr. 16 la prezentele norme tehnice.

b) Casa de asigurări de sănătate va face verificarea îndeplinirii criteriilor cuprinse în chestionarul de evaluare prin vizită la sediul unităţii de specialitate şi pe baza documentelor puse la dispoziţie de aceştia, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data la care cererea a fost depusă la casa de asigurări. În urma verificării, casa de asigurări de sănătate va aviza sau nu îndeplinirea criteriilor cuprinse în chestionar prin completarea cap. 5 din acesta.

.....

e) Unităţile de specialitate avizate depun la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorial-administrativă îşi desfăşoară activitatea fundamentarea solicitării de finanţare. În urma analizei acesteia, casa de asigurări de sănătate va stabili necesarul de fonduri în concordanţă cu structura organizatorică şi dotarea unităţii sanitare şi îl va transmite către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

f) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate va include unităţile de specialitate avizate în lista unităţilor care derulează programul/subprogramul, cu încadrarea în bugetul aprobat, precum şi cu respectarea prevederilor art. 3 alin. (4) lit. c), după depunerea la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate a solicitărilor de finanţare de către casele de asigurări.

g) Pentru unităţile de specialitate aflate la data de 31.03.2017 în relaţie contractuală pentru derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, care au fost evaluate, dar nu au îndeplinit toate criteriile cuprinse în chestionarele de evaluare, acestea vor fi avizate, cu plan de conformare, de către casa de asigurări de sănătate şi de direcţia de sănătate publică până la data de 31.12.2022. Neîndeplinirea criteriilor la data mai sus menţionată duce la încetarea de drept a contractului şi nu mai poate fi prelungit prin act adiţional.

h) Avizarea unităţilor de specialitate în baza criteriilor cuprinse în chestionarele de evaluare se menţine pe durata valabilităţii actelor normative în vigoare, cu excepţia situaţiilor în care apar modificări în ceea ce priveşte îndeplinirea criteriilor din chestionarele de evaluare.

i) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 pct. II şi cap. 3 se aplică unităţilor de specialitate publice, potrivit dispoziţiilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea şi efectuarea gărzilor în unităţile publice din sectorul sanitar, cu modificările şi completările ulterioare, şi Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească,

precum şi pentru modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.778/2006 privind aprobarea normativelor de personal.

Pentru unităţile de specialitate private numărul de personal şi modul de organizare şi asigurare a continuităţii asistenţei medicale sunt reglementate prin normele proprii de organizare şi funcţionare ale unităţii.

j) În anexele la anexa nr. 16, prevederile cap. 2 privind structura de specialitate în prevenirea infecţiilor nosocomiale asociate asistenţei medicale se aplică unităţilor de specialitate publice şi private cu paturi, potrivit dispoziţiilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare."

22. La capitolul IX, „PROGRAMUL NAŢIONAL DE ONCOLOGIE" se modifică şi va avea următorul cuprins:

Obiective:

a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
b) reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
c) radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
d) diagnosticul şi monitorizarea afecțiunilor hematologice maligne;
e) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne.

Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
2. Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
3. Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
4. Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară;
5. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;
6. Subprogramul naţional de testare genetică"

23. La capitolul IX titlul „Programul naţional de oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară la copii şi adulţi" se modifică şi va avea următorul cuprins:

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

Activităţi:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul hemopatiilor maligne, progresia sau recăderea acestora, pierderea răspunsului şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu hemopatii maligne: leucemia acută, neoplasme mielodisplazice, sindroame mieloproliferative cronice (leucemie mieloidă cronică, sindroame mieloproliferative cronice Ph1negativ, mastocitoza sistemică și sindromul hipereozinofilic) și sindroame limfoproliferative cronice (mielom multiplu, și alte sindroame limfoproliferative cornice).

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de hemopatiilor maligne
- bolnavi cu diagnostic de hemopatii maligne care au progresat sau au recăzut
- bolnavi cu diagnostic de hemopatii maligne pentru monitorizarea bolii minime reziduale

Servicii de testare

I. LEUCEMII ACUTE

Tabelul nr. 1

Tip testare	Tip probă	Precizări
Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine LA	aspirat medular/ sânge periferic	se efectuează la diagnostic sau recădere și pentru monitorizarea bolii minime reziduale
Citogenetic şi FISH	aspirat medular/ sânge periferic	se efectuează la diagnostic și pentru monitorizarea bolii minime reziduale
Biologie moleculară RT-PCR	aspirat medular/ sânge periferic	se efectuează la diagnostic și pentru monitorizarea bolii minime reziduale
Biologie moleculară secvenţiere NGS	aspirat medular/ sânge periferic	se efectuează la diagnostic sau recădere

II. NEOPLASME MIELODISPLAZICE

Tabelul nr. 2

Tip testare	Tip probă	Precizări
Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine neoplasme mielodisplazice	aspirat medular	se efectuează la diagnostic, la procent peste 10% blști
Citogenetic şi FISH	aspirat medular/ sânge periferic cu separare CD34	se efectuează la diagnostic
Biologie moleculară secvenţiere NGS Panel diagnostic neoplasme mielodisplazice	aspirat medular/ sânge periferic	se efectuează la diagnostic

III. SINDROAME MIELOPROLIFERATIVE CRONICE

Tabelul nr. 3

	Tip testare	Tip probă	Precizări
1. Leucemie mieloidă cronică	Citogenetic şi FISH BCR ABL	aspirat medular	se efectuează la diagnostic
	Biologie moleculară RT - PCR – BCR ABL	sânge periferic	se efectuează la diagnostic
	Citogenetic şi FISH BCR ABL	aspirat medular	la pierderea răspunsului
	Biologie moleculară secvenţiere (Sanger sau NGS) BCR ABL mutaţii	sânge periferic	se efectuează la pierderea răspunsului
	Biologie moleculară RT-PCR / digital PCR BCR ABL	sânge periferic	se efectuează în primul an la 3, 6, 12 luni, la 18 luni şi apoi anual. În caz de întrerupere a tratamentului (treatment-free) se face lunar primele 6 luni, la 2 luni lunile 6-12, apoi la 3 luni
2. Sindroame mieloproliferative cronice Ph 1 – (SMPC)	Citogenetic şi FISH	aspirat medular / sânge periferic	se efectuează la diagnostic/progresie
	Biologie moleculară RT - PCR – Panel diagnostic SMC Ph negativ	aspirat medular / sânge periferic	se efectuează la diagnostic/progresie
	Biologie moleculară secvenţiere (Sanger sau NGS)	aspirat medular / sânge periferic	se efectueaza la pacienții cu indicație de transplant
3. Mastocitoza sistemică	Biologie moleculară RT - PCR – Panel diagnostic mastocitoză (c-kit D 816V, etc.)	sânge / aspirat medular	se efectuează la diagnostic
4. Sindromul hipereozinofilic	Citogenetic și FISH – Panel detecţie rearanjament (FIP1L1/CHIC2/PDGFRA, PDGFRB)	sânge periferic / aspirat medular	se efectuează la diagnostic
	Biologie moleculară – RT -- PCR	sânge periferic / aspirat medular	se efectuează la diagnostic

IV. SINDROAME LIMFOPROLIFERATIVE CRONICE

Tabelul nr. 4

	Tip testare	Tip probă	Precizări
Mielom multiplu	Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine Mielom multiplu	aspirat medular/ sânge periferic	se efectuează la diagnostic și pentru monitorizarea bolii minime reziduale
	Citogenetic şi FISH selecție CD138 Panel mutaţii genetice mielom multiplu	aspirat medular	se efectuează la diagnostic/ la recădere
Alte sindroame limfoproliferative cronice	Imunofenotipare Flowcitometrie Panel diagnostic de certitudine LLC / limfoproliferare B/T	aspirat medular/ sânge periferic	se efectuează la diagnostic
	Citogenetic si FISH – Panel pronostic LLC / limfoproliferare B/T (pentru LLC del 17p)	sânge periferic /aspirat medular	se efectuează după confirmarea diagnosticului și la recădere
	Biologie moleculară secvenţiere (Sanger /NGS) Panel pronostic LLC / limfoproliferare B/T (pentru LLC mutaţie TP 53, (pentru LLC Status mutaţional al genelor ce codează regiunea variabila a lanțurilor grele de imunoglobuline (IGHV)	sânge periferic /aspirat medular	se efectuează după confirmarea diagnosticului de limfoproliferare cronică

c) Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu leucemie acuta și neoplasme mielodisplazice beneficiari de servicii prin imunofenotipare /an: 1.220;

b) număr de bolnavi cu sindroame limfoproliferative cronice beneficiari de servicii prin imunofenotipare /an: 2.800;

c) număr de bolnavi cu hemopatii maligne beneficiari de servicii prin examen citogenetic şi FISH /an: 7.330;

d) număr de bolnavi cu hemopatii maligne beneficiari de servicii prin examen RT-PCR /an: 5.970;

e) număr de bolnavi cu hemopatii maligne beneficiari de servicii prin secvențiere convențională sau NGS /an: 2.920;

2) indicatori de eficienţă:

a) tarif/serviciu prin imunofenotipare /bolnav cu leucemie acută / neoplasm mielodisplazic: 2.000 lei;

b) tarif/serviciu prin imunofenotipare / bolnav cu sindroame limfoproliferative cronice: 800 lei;

c) tarif / serviciu prin examen citogenetic şi FISH /bolnav cu hemopatie malignă: 1.200 lei;

d) tarif / serviciu prin examen RT-PCR /bolnav cu hemopatie malignă: 1.000 lei;

e) tarif / serviciu prin examen secvențiere convențională sau NGS /bolnav cu hemopatii maligne: 4.000 lei;

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru diagnosticul hemopatiilor maligne, progresia sau recăderea acestora, pierderea răspunsului şi pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu hemopatii maligne.

Unităţi care derulează subprogramul:

a) Institutul Clinic Fundeni;
b) Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti;
c) Spitalul Clinic Colţea Bucureşti;
d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Louis Ţurcanu" Timişoara;
e) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca;
f) Institutul Regional de Oncologie Iaşi;
g) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Târgu Mureş.

24. La capitolul IX titlul „Programul naţional de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi” se modifică şi va avea următorul cuprins:

„**Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice**

Activităţi

- asigurarea serviciilor de radioterapie (radioterapie cu ortovoltaj, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie IMRT, brahiterapie, radioterapia stereotactică, iradierea corporală totală) a bolnavilor cu afecţiuni oncologice.

Criterii de eligibilitate a bolnavilor oncologici:

a) criterii de includere pentru : bolnavi cu afecţiuni oncologice, la recomandarea comisiei oncologice multidiciplinare instituţională / regională, conform ghidurilor naţionale / instituţionale de tratament în vigoare. Comisia oncologică multidiciplinară este formată din cel puţin un medic radioterapeut, un medic oncolog şi medicul curant al bolnavului, putând face apel în funcţie de caz la următoarele specialităţi: chirurgie, chirurgie oncologică, imagistică medicală, anatomopatologie, onco-genetică, medicină paleativă.

b) criterii de întrerupere: întreruperea tratamentului prin radioterapie (RT) poate fi propusă de către medicul radioterapeut curant comisiei de indicaţie terapeutică în următoarele situaţii: decizia bolnavului, evoluţia bolii sub tratament, apariţia de efecte secundare sau complicaţii acute ale tratamentului care pun în pericol viaţa bolnavului, evoluţia la distanţă a bolii în timpul radioterapiei. În caz de întrerupere a RT din cauza unor defecţiuni ale sistemelor de administrare sau monitorizare a RT, instituţia medicală în care s-a început RT va identifica şi propune pacientului soluţii adecvate pentru compensarea prelungirii RT , în aceeaşi instituţie sau intr-o instituţie parteneră capabilă a continua RT în timp util, la nevoie cu adaptarea fracţionării şi dozei totale.

Indicaţii de tratament de radioterapie:

a) Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj:

1. Tumori cutanate primare (cc bazo-/ spino-celulare) sau secudare (noduli de permeaţie, în transit metastasis).

2. Stadii incipiente de carcinoame scuamoase vulvare, peniene sau de margine anală.
3. Ganglioni maligni superficiali (cervicali, supraclaviculari, axilari, inghinali, popliteali) de dimensiuni < 3 cm.
4. Metastaze subcutanate sau osoase superficiale (de exemplu costale, claviculare, sternale, calotă, sacrate inferioare sau coccigiene).

b) Radioterapie cu accelerator liniar 2D

b.1) tratamente paliative sau simptomatice,
b.2) tratamente cu intenţie curativă – strict la bolnavi selecţionaţi la care riscul de toxicitate radioindusă este mic şi NU ar fi semnificativ scăzut suplimentar printr-o tehnică 3D [(vezi mai jos pct. c)]

c) Radioterapie cu accelerator liniar 3D:

c.1) tratamente cu intenţie curativă (toate localizările),
c.2) paliaţie sau tratamente simptomatice, toate localizările, exceptând situaţiile b.2)

d) Radioterapie cu modularea intensităţii (IMRT)

d.1) cancerele pediatrice care nu sunt eligibile pentru pfroton-terapie;
d.2) cancerele ORL cu indicaţie de RT curativă;
d.3) cancerul de prostată cu indicaţie curativă;
d.4) în toate situaţiile în care se poate documenta o distribuţie mai favorabilă a dozei faţă de RT 3D conformaţională, privind volumele ţintă / şi organele de risc pentru o toxicitate radioindusă severă: tumori ale sistemului nervos central, cancer mamar, cancere digestive (esofag, stomac, pancreas, rect, canal anal), cancer traheo-bronho-pulmonar cu intenţie curativă, sarcoame osoase sau de părţi noi, limfoame, cancere rare cu indicaţie de RT;
d.5) iradierea recidivelor în teritoriu anterior iradiat;
e) Brahiterapie:
e.1) . Brahiterapie intracavitară - iradiere exclusivă sau suplimentarea dozei în cancere de col/ corp uterin, vagin, anorectale, iradiere paliativă endobronşică, esofagiană, cai biliare, suplimentarea dozei sau iradierea paliativă a recidivelor cancerelor rinofaringelui foselor nazale, conductului auditiv extern,
e.2) Brahiterapie interstiţială – cancere avansate local de col uterin, corp uterin, vagin sau vulva, cancerul canalului anal, cancerul sânului, cancerul prostatei, epitelioame maligne cutanate ale feţei (inclusiv buze) în regiuni anatomice cu relief anfractuos sau în proximitatea unor structuri critice care fac inoportună RT externă, sarcoame, cancere ale cavităţii bucale, orofaringelui (ca reiradiere sau ca şi complement al unei RT externe)
e.3) Brahiterapie de contact – epitelioame cutanate sau alte cancere cutanate/subcutanate (inclusiv metastaze) cu histologi radiosensibile
f) Radioterapie stereotactică (SBRT):

1.1. Indicaţii de cancer non-metastatic cu intenţie curativă, ca alternativă faţă de chirurgia radicală la cazurile care refuză chirurgia radicală sau sunt inoperabile prin contraindicaţii medicale (risc anestezic major) sau prin extensia bolii;

1.1.1. Cancerul pulmonar micro-celular sau non-microcelular stadializat PET-CT și EBUS T1-2NoMo

1.1.2. Adenocarcinom de prostată grupa de risc scăzut sau intermediar favorabil

1.1.3. Hepatocarcinom ca punte spre transplant hepatic, asociat TACE sau altui tratament ablativ non-chirurgical sau ca alternativă la acestea, în caz de contra-indicaţii, refuz sau indisponibilitate într-un interval de timp rezonabil (< 30 zile)

1.1.4. Cancer renal non-metastatic, cu precădere pe rinichi unic congenital sau chirurgical

1.1.5. Cancer de pancreas non-metastatic.

1.2. Indicaţii de cancer metastatic, în care există dovezi consistente asupra ameliorării supravieţuirii globale

1.2.1. Boala oligometastatică (consens 2020, cu maxim 5 metastaze în maxim 3 organe), indiferent de sediul metastazelor (ganglionare extra-regionale, cerebrale, hepatice, osoase, pulmonare, suprarenale, în măsura în care toxicitatea severă estimată este <5% şi în măsura în care nu există o alternativă disponibilă cu un index terapeutic superior (de exemplu ablaţia cu microunde sau radiofrecvenţă pentru metastazele hepatice din cancerul colo-rectal).

g) Iradierea corporală totală sau derivate:

1. iradiere corporală /medulară totală în vederea realizării transplantului medular
2. iradiere cutanată totală a pacientului cu limfom cutanat extensiv.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie cu ortovoltaj/an: 189

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

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

d) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie IMRT/an: 22.791;

e) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin brahiterapie/an: 1.834.

f) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin radioterapie stereotactică /an: 5.000;

g) număr de bolnavi cu afecţiuni oncologice trataţi prin iradiere corporala totală /an: 40

2) indicatori de eficienţă:

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

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

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

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

e) tarif/serviciu de brahiterapie: 302 lei.

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

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

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

i) tarif/serviciu de iradiere corporală totală copii fără anestezie : 2.560 lei;

j) tarif/serviciu de iradiere corporală totală copii cu anestezie: 3.642 lei;

Natura cheltuielilor subprogramului

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

Unităţi care derulează subprogramul:

a) unităţile sanitare publice cu structuri de profil;

b) unităţi sanitare private autorizate/avizate şi evaluate în condiţiile legii;

c) unităţi sanitare aparţinând ministerelor cu reţea sanitară proprie care au structuri de profil.

25. La capitolul IX titlul „Programul naţional de oncologie - Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom) la copii şi adulţi” se modifică şi va avea următorul cuprins:

„**Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne**

Activităţi:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing, neuroblastom, rabdomiosarcom, tumori ale sistemului nervos central, retinoblastom) la copii şi adulţi.

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de tumori solide maligne (sarcom Ewing, neuroblastom rabdomiosarcom, tumori ale sistemului nervos central,retinoblastom).

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru neuroblastom/an: 11;

b) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru sarcom Ewing/an: 10.

c) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru rabdomiosarcom/an 15.

d) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru tumori ale sistemului nervos central/an 33 .

e) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru retinoblastom /an 7

2) indicatori de eficienţă:

a) tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru neuroblastom: 701 lei;

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

c) tarif/bolnav beneficiar de servicii de testare genetică pentru rabdomiosarcom … lei.

d) tarif/bolnav beneficiar de servicii de testare genetică pentru tumori ale sistemului nervos central … lei.

e) tarif/bolnav beneficiar de servicii de testare genetică pentru retinoblastom … lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- servicii pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing, neuroblastom rabdomiosarcom, tumori ale sistemului nervos central,retinoblastom).

Unităţi care derulează subprogramul

a) Institutul Naţional de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei şi Ştiinţelor Biomedicale "Victor Babeş" Bucureşti;

b) Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuţă" Cluj-Napoca.

26. La capitolul IX titlul „Programul naţional de oncologie” după Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne” se introduce un nou subprogram şi va avea următorul cuprins:

„**Subprogramul naţional de testare genetică**

Activităţi:

- Testarea profilului molecular al bolnavilor diagnosticaţi cu anumite tumori solide maligne, în vederea asigurării tratamentului personalizat aferent medicamentelor incluse în Lista de medicamente aprobată prin hotărâre de Guvern sau pentru care au fost emise decizii de includere

condiționată în Listă și DAPP și-au exprimat disponibilitatea pentru negocierea și încheierea unor contracte cost-volum/ cost-volum-rezultat.

Criterii de includere:

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

I. CANCER COLORECTAL LOCAL AVANSAT SAU METASTAZAT

a. Servicii de testare

Tabelul nr. 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1. de la primirea probei pentru situația prevăzută la punctul 3.

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

c. **Indicatori de evaluare:**
1) indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru cancer colorectal local avansat sau metastazat /an: 5.175.
2) indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciu de testare genetică pentru cancer colorectal local avansat sau metastazat: 2.200 lei.
Notă: Din tarif se suportă și costul de transport al probei biologice, după caz.

II. CANCER OVARIAN LOCAL AVANSAT ȘI METASTAZAT

a.Servicii de testare

Tabelul nr. 2

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1*	BRCA 1 și 2 - mutații somatice	NGS cu panel mic de gene	Țesut (bloc parafină)	Se testează pacientele nou diagnosticate cu carcer ovarian epitelial cu grad înalt, stadiile III-IV
	NTRK- fuziuni			

* Furnizorii de servicii medicale care efectuează testarea contractează pentru cancerul ovarian local avansat și metastazat obligatoriu toate testările cuprinse în panelul de teste prevăzut în tabelul nr. 2.

b. Metodologia de transmitere a probei și a rezultatului la testare
1. Pentru bolnavii eligibili pentru acordarea serviciului de testare prevăzut în tabelul nr. 2 medicul în specialitatea oncologie medicală va întocmi un referat de testare. Modelul de referat de testare este prevăzut în Anexa.....

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

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

4. În situația în care furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea la care se adresează bolnavul este diferit de unitatea sanitară care a diagnosticat inițial bolnavul cu cancer ovarian în baza unei examinari anatomopatologice și a emis buletinul de examinare histopatologică aferent,

acesta solicită unității sanitare transmiterea probei (bloc de parafină) însoțită de buletinul de examinare histopatologică.

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

5.1. de la primirea probei pentru situația prevăzută la punctul 3.

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

c. Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
- număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat /an: 1241.

2) indicatori de eficienţă:
- tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică pentru cancer ovarian local avansat și metastazat: 2500 lei.

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

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

a.Servicii de testare

Tabelul nr. 3

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

Panelul de teste nr. 5	Mutația T790M	PCR	Plasmă	Se testează pacienții NSCLC EGFR+, local avansat sau metastazat , după terapia anterioară cu alţi inhibitori EGFR

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

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

Notă:

1. Este obligatorie contractarea și efectuarea panelurilor de teste nr. 1, nr. 2 și nr. 3 de către același furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. În situația în care, prin panelul de teste nr. 1 nu se confirmă diagnosticul de cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, care să necesite testarea ulterioară prin panelurile de teste nr. 2 sau nr.3, acestea nu se vor efectua de către furnizorul de servicii de medicale care efectuează testarea.
2. Este obligatorie contractarea și efectuarea panelurilor de teste nr. 1 și nr. 4 de către același furnizor de servicii medicale care efectuează testarea. În situația în care, prin panelul de teste nr. 1 nu se confirmă diagnosticul de cancer bronhopulmonar, altul decât cel cu celule mici, care să necesite testarea ulterioară prin panelul de teste nr.4, acesta nu se va efectua de către furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea.
3. Furnizorul de servicii medicale care contractează și efectuează panelul de teste nr. 5 nu este obligatoriu să contracteze și să efectueze și panelurile de teste nr.1 , nr. 2 și nr.3 sau nr.1 și nr. 4 sau nr.1, nr. 2,nr. 3 și nr. 4.
4. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea poate contracta și efectua toate cele 5 paneluri de teste.

b.**Metodologia de transmitere a probei și a rezultatului la testare**

b1. **efectuarea panelurilor de testare nr.1, nr. 2 și nr. 3 sau a panelurilor de testare nr. 1 și nr. 4**

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

2. Medicul în specialitatea oncologie medicală, pneumologie, chirurgie toracică, precum și medicul anatomopatolog care a efectuat examenul histopatologic poate să întocmescă referatul de testare numai dacă se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

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

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

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

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

b2. **efectuarea panelului de testare nr.5**

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

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

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

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

c. Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 11.000.
b.) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 5.000.
c.) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 2.000.
d) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 4, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 1.200.
e) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 5, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 500.

2) indicatori de eficienţă:

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

b.1) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)- formele metastatice /an: 5.800 lei.
b.2) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)- formele local avansate /an: 5.150 lei.
c.1) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)- forme metastatice /an: 1300 lei.
c.2) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)- forme local avansate /an: 650 lei.
d) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 4, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 1964 lei.
e) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 5, pentru cancer bronhopulmonar,altul decât cel cu celule mici (NSCLC)/an: 834 lei.
Notă: Din tarif se suportă și costul de transport al probei biologice, după caz.

IV. CANCER DE SÂN

a.Servicii de testare

Tabelul nr. 4

	Teste	Tip testare	Tip probă	Precizări
Panelul de teste nr. 1	HR+HER2+Ki67	IHC	Bloc parafină	Se testează toți pacienții diagnosticați cu cancer de sân *
Panelul de teste nr. 2	HER2	SISH/FISH	Bloc parafină	Se testează doar pentru pacienții pentru care HER2 la IHC (oricare determinare) are valoarea 2+
Panelul de teste nr. 3	BRCA1 și 2-mutații somatice	NGS	țesut(bloc parafină)	Se testează doar pacienții HER2 negativ, cu cancer de sân în stadiul local avansat sau metastazat, indiferent de statusul HR
	NTRK-fuziuni			
	PIK3CA-mutații hotspot			
	PD-L1	IHC**	Bloc parafină	

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

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

Notă:

1. Este obligatorie contractarea și efectuarea panelurilor de teste nr. 1 și nr. 2 de către același furnizor de servicii medicale care efectuează testarea.
2. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea poate contracta și efectua toate cele 3 paneluri de teste.

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

b.1. <u>Efectuarea panelului de testare nr.1</u>

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

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

3. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea solicită transmiterea probei (bloc de parafină) și a buletinului de testare histopatologică unității sanitare care a emis buletinul de examinare histopatologică.

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

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

6.Rezultatul la testare se transmite către bolnav și medicul în specialitatea oncologie medicală, obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, după caz, în maxim 1o zile lucrătoare de la finalizarea examinării histopatologice.

b.2. <u>Efectuarea panelului de testare nr.2</u>

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

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

b.3. <u>Efectuarea panelului de testare nr.3</u>

1.Pentru pacienții eligibili, respectiv cu diagnosticul de cancer mamar în stadiile locale avansat sau metastazat HER 2 negativ, pentru a beneficia de serviciul de testare prevăzut în panelul de teste nr. 3 din tabelul nr. 4, în scopul inițierii tratamentului personalizat, medicul specialitatea oncologie

medicală, aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, va întocmi un referat de testare.

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

3. Furnizorul de servicii medicale care efectuează testarea solicită transmiterea probei (bloc de parafină) și a buletinului de testare histopatologică unității sanitare care a emis buletinul de examinare histopatologică.

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

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

1) indicatori fizici:
a) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer de sân/an: 10.500
b) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer de sân /an: 4.700
c) număr de bolnavi beneficiari de servicii de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, cancer de sân /an: 4.200

2) indicatori de eficienţă:
a) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 1, pentru cancer de sân/an: 240 lei/set, maxim 2 seturi/pacient, 1 set contine 1-4 teste

b) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 2, pentru cancer de sân/an: 670 lei.
c.) tarif/bolnav beneficiar de serviciul de testare genetică, din panelul de teste nr. 3, pentru cancer de sân /an: 3650 lei.
Notă: Din tarif se suportă și costul de transport al probei biologice, după caz.

Natura cheltuielilor subprogramului:
- servicii pentru testarea profilului molecular al tumorilor solide maligne: cancer colorectal local avansat sau metastazat, cancer ovarian local avansat si metastazat, cancer bronho pulmonar, altul decât cel cu celule mici (NSCLC), cancer de sân.

27. La capitolul IX „Programul naţional de sănătate mintală” se modifică şi va avea următorul cuprins:

„PROGRAMUL NAŢIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Obiective:

a) asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodependenţă, precum şi testarea metaboliţilor stupefiantelor la aceştia;

b) acordarea serviciilor conexe persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Structură:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodependență, precum și de monitorizare a evoluției bolii;
2. Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodependență, precum și de monitorizare a evoluției bolii;

Activităţi

a) asigurarea tratamentului de substituţie cu agonişti şi antagonişti de opiacee pentru persoane cu toxicodependenţă;

b) testarea metaboliţilor stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament şi pentru monitorizarea tratamentului.

Criterii de eligibilitate:

1) Pentru tratamentul de substituţie cu agonişti de opiacee:

Criterii de includere a bolnavilor:

a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare şi doar cu consimţământul scris al reprezentantului legal;

b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependenţă de opiacee;

c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină.

Criterii de orientare pentru includerea în tratamentul de substituţie:

a) afirmativ încercări repetate de întrerupere a consumului;

b) comportament de consum cu risc;

c) HIV/SIDA;

d) femei însărcinate;

e) comorbidităţi psihiatrice;

f) comorbidităţi somatice;

g) polidependenţă.

Criterii de excludere a bolnavilor:

a) nerespectarea îndeplinirii recomandărilor medicale primite pe parcursul programului;

b) nerespectarea regulamentului de organizare internă al furnizorului de servicii medicale;

c) refuzul de a se supune testării pentru depistarea prezenţei drogurilor sau metaboliţilor acestora în urină ori de câte ori se solicită de către medicul său curant;
d) comportamente agresive fizice ori verbale;
e) falsificarea de reţete sau orice alt tip de document medical;
f) consumul şi traficul de droguri în incinta centrelor de tratament;
g) înscrierea simultană la mai multe unităţi sanitare care derulează programul de tratament de substituţie.

2) Pentru tratamentul de substituţie cu antagonişti de opiacee (Naltrexona):

Criterii de includere a bolnavilor:
a) vârsta peste 18 ani sau peste 16 ani, când beneficiul tratamentului este superior efectelor secundare şi doar cu consimţământul scris al reprezentantului legal;
b) diagnostic DSM IV/ICD 10 de dependenţă de opiacee;
c) test pozitiv la opiacee la testare urinară sau sanguină, urmat de o perioadă de abstinenţă între 7 şi 14 zile;
d) declaraţia bolnavului pentru abstinenţa totală la opiacee pe termen lung, cu semnarea unui consimţământ informat asupra riscurilor şi beneficiilor tratamentului cu naltrexona.

Criterii de excludere a bolnavilor:
a) test pozitiv de opiacee;
b) semne şi simptome clinice de consum recent de opiacee;
c) semne clinice şi paraclinice de citoliză hepatică.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:
a) număr de bolnavi în tratament substitutiv/an: 1.282;
b) număr de teste pentru depistarea prezenţei drogurilor în urina bolnavilor/an: 13.238;

2) indicatori de eficienţă:
a) cost mediu/bolnav cu tratament de substituţie/an: 2.074 lei;
b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină/an: 10 lei;

Natura cheltuielilor subprogramului:
- cheltuieli pentru tratamentul de substituţie cu agonişti şi antagonişti de opiacee pentru persoane cu toxicodependenţă;
- cheltuieli pentru teste pentru depistarea prezenţei drogurilor în urina bolnavilor.

Unităţi care derulează subprogramul:
a) Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola;
b) Spitalul de Psihiatrie şi pentru Măsuri de Siguranţă Jebel;
c) Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Cluj-Napoca - Secţia clinică psihiatrie III acuţi - Compartiment toxicomanie;

d) Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii Cluj-Napoca - Secţia toxicomanie copii;
e) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Al. Obregia" Bucureşti;
f) Centrul de evaluare şi tratament al toxicodependenţilor tineri "Sfântul Stelian" Bucureşti;
g) Institutul Naţional de Boli Infecţioase "Prof. Dr. Matei Balş" Bucureşti;
h) Penitenciarul Spital Rahova.

Notă: Implementarea activităţilor din cadrul Programului naţional de sănătate mintală se realizează cu respectarea metodologiei elaborate de către Centrul Naţional de Sănătate Mintală şi Luptă Antidrog, cu avizul Comisiei de psihiatrie şi psihiatrie pediatrică a Ministerului Sănătăţii.

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

Activităţi

- acordarea serviciilor conexe actului medical pentru persoanele (adulţi şi copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv:

a) servicii de psihoterapie
b) servicii de logopedie

Criterii de eligibilitate:
Persoanele (adulţi şi copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de către medicul psihiatru/ psihiatru pediatru.

Criterii de excludere:
Lipsa de complianţă a persoanelor (adulţi şi copii) diagnosticate cu tulburări din spectrul autist la serviciile conexe actului medical acordate în cadrul acestui subprogram, constatată către medicul psihiatru/psihiatru pediatru, psiholog/logoped, după caz.

Indicatori de evaluare:
1) indicatori fizici:
a) număr de copii diagnosticaţi cu TSA beneficiari de servicii conexe/an:.....
b) număr de adulţi diagnosticaţi cu TSA beneficiari de servicii conexe/an: .....

2) indicatori de eficienţă:
a) tarif/şedinţă* de psihoterapie/bolnav: 135 lei;
b) tarif/şedinţă* de logopedie/bolnav: 135 lei.
*Durata sedintei este de 50 minute.

Natura cheltuielilor subprogramului:
Servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv:
a) servicii de psihoterapie;
b) servicii de logopedie.

28.

29. La capitolul IX titlul "Programul naţional de ortopedie", subtitlul "Activităţi" va avea următorul cuprins:

„**Activităţi**

- asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecţiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare primare şi de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic şi ciment ortopedic cu/fără antibiotic, asigurarea endoprotezelor articulare tumorale specifice tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală, pentru tratamentul prin implant segmentar de coloană al bolnavilor cu diformităţi de coloană pentru prevenirea insuficienţei cardio-respiratorie, precum şi pentru tratamentul prin chirurgie spinală pentru bolnavii cu patologie tumorală degenerativă sau traumatică, pentru tratamentul copiilor cu malformaţii grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică, asigurarea de implanturi de fixare pentru tratamentul instabilităţilor articulare cronice şi asigurarea materialelor sanitare specifice pentru corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil;
- obligativitatea unităţilor sanitare de a comunica datele către Registrul Naţional de Endeprotezare conform formularelor standardizate cu caracter de obligativitate în cadrul RNE.”

30. La capitolul IX titlul „Programul naţional de ortopedie”, subtitlul „Criterii de eligibilitate”, punctul 5 „Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică” se modifică şi va avea următorul cuprins:

„**5) Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică**:

- bolnavi copii cu blocuri vertebrale;
- bolnavi copii cu hemivertebre;
- bolnavi copii cu alte afecţiuni congenitale ale coloanei vertebrale care necesită instrumentaţie specifică.
- bolnavi copii cu scolioze cu debut precoce neurologice sau idiopatice.

Fiecare caz cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică se aprobă de către o comisie constituită din: medic operator titular, 2 medici ortopezi, medic anestezist.”

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

„**8. Tratamentul prin corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil:**

- pacienți sub 18 ani cu inegalitate de membre congenitale sau dobândite mai mari de 2 cm;
- pacienți sub 18 ani cu inegalități sau/și deviații de membre care produc afectarea calității vieții;

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

„k) număr de copii cu corectarea inegalităţi / diformităţi de membre/an: 40.”

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

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

34. La capitolul IX titlul „Programul naţional de ortopedie” subtitlul „Natura cheltuielilor programului” va avea următorul cuprins:

„**Natura cheltuielilor programului**:

- cheltuieli materiale sanitare specifice: necesare endoprotezării primare şi de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic şi ciment ortopedic cu/fără antibiotic, tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală, tratamentului prin instrumentaţie segmentară de coloană, tratamentului prin chirurgie spinală, tratamentului copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică, tratamentului instabilităţii articulare pentru prevenirea degenerării articulare utilizând implanturi de fixare şi tratamentului prin corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil.”

35. La capitolul IX titlul „Programul naţional de PET-CT” subtitlul „Criterii de eligibilitate pentru monitorizarea bolii la bolnavii cu afecţiuni oncologice” se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

b) evaluarea răspunsului la tratament (la minim 3 - 6 luni după radio-chimioterapie) la pacienți

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

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

2. Cancerele tiroidiene si paratiroidiene

a) Diagnosticul bolii reziduale sau a recidivei cancerului tiroidian cu nivele crescute de tireoglobulina si/sau anti-tireoglobulina si scintigrafie de corp întreg cu I-131 negativa

b) Evaluarea inițială/post-chirurgicală a extensiei reale a cancerului tiroidian diferențiat cu histologie agresiva (componenta solida, trabeculara, columnara, cu celule Hurthle, Whartin-like, celule înalte, difuz sclerozant, oncocitic), a cancerului tiroidian slab diferențiat, a cancerului tiroidian anaplazic.

c) Diagnosticul bolii reziduale sau a recidivei carcinomului medular tiroidian tratat, asociat cu nivele crescute de calcitonina, cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT/IRM/scintigrafie) normale sau neconcludente.

d) Cancerul paratiroidian in condiții de suspiciune de boala persistenta/recidiva cu PTH crescut si imagistica convențională negativa/neconcludenta

3. Cancerul glandei mamare

a) evaluarea leziunilor multifocale sau a suspiciunii de recurență la pacienţi cu sâni denși la examen mamografic, cu examen IRM al glandei mamare neconcludent;
b) diagnosticul diferențial al plexopatiei brahiale induse de tratament față de invazia tumorală la pacienţi cu examen IRM echivoc sau normal;
c) evaluarea extensiei reale a bolii la pacienții cu tumori avansate loco-regional – categoria T3 sau T4 si/sau afectare a ganglionilor regionali (N pozitiv), precum si la pacienții cu forme agresive ale cancerului glandei mamare: carcinom triplu negativ, grad diferențiere G3, valori crescute ale ki67 sau receptori hormonali – ER/PR negativi
d) cazuri cu suspiciune de leziuni de recidivă sau metastaze la distanță si investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, scintigrafie, etc) neconcludente.
e) Inlocuirea imagisticii standard la pacientii cu alergie la substanta de contrast

4. Cancerul pulmonar fără celule mici (NSCLC):

a) evaluarea extensiei reale a bolii la pacienţi consideraţi eligibili pentru intervenţie chirurgicală: în mod specific pacienții cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT sau adenopatii mediastinale între 1 şi 2 cm la examenul CT şi pacienţi cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze, cum ar fi mărirea de volum a glandei suprarenale;
b) caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni peste 8-10 mm, în cazul unei biopsii eșuate sau cu risc procedural crescut sau la pacienti cu comorbiditati;
c) evaluarea raspunsului la tratamentul sistemic in cazurile la care se intentioneaza interventie chirurgicala radicala
d) evaluarea suspiciunii de recidivă sau reluare a evoluției bolii atunci cand celelalte evaluări imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, scintigrafie, etc) sunt neconcludente;
e) evaluarea inițială a extensiei reale a bolii la pacienți cu NSCLC in condițiile in care celelalte investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, scintigrafie, etc) sunt neconcludente

5. Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC):

a) evaluarea inițială a extensiei reale a bolii la pacienți cu SCLC in condițiile in care celelalte investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, scintigrafie, etc) sunt neconcludente
b) confirmarea recidivei atunci cand celelalte mijloace diagnostice, inclusiv investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, scintigrafie, etc) sunt neconcludente

6. Mezoteliom malign (pleural sau peritoneal):

a) Mezoteliom malign pleural / peritoneal in vederea stabilirii indicației pentru intervenție chirurgicala cu viza curativa

***7. Neoplazii timice (timom malign sau carcinom timic)*:**

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii in cazul pacienților considerați operabili, înaintea intervenției chirurgicale cu intenție curativa;

***8. Cancerul esofagian*:**

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii in cazul pacienților cu indicație de tratament cu viza

curativa (c hirurgical / radioterapie), atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) sunt neconcludente;

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

9. Cancerul gastric:

a) evaluarea extensiei reale a afecțiunii in cazurile cu indicație de tratament cu viza curativa, atunci când investigațiile imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) sunt neconcludente;

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

10. Tumorile stromale gastrointestinale (GIST):

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

b) Evaluarea extensiei reale a afecțiunii in vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viza curativa, la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente.

c) Evaluarea răspunsului la terapia sistemică.

11. Adenocarcinom pancreatic:

a) Evaluarea extensiei reale a afecțiunii in vederea efectuării tratamentului chirurgical cu viza curativa la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente

b) Reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă si investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente.

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

12. Carcinoamele colo-rectale

a) Evaluarea extensiei reale a afecțiunii in vederea efectuării tratamentului cu viza curativa (chirurgical sau tratament tintit invaziv – ex SIRT) la pacienții cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente

b) Diagnosticul recidivelor la pacienți cu markeri tumorali în creştere şi/sau suspiciune clinică de recidivă cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente;

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

d) Evaluarea maselor tumorale presacrate post-tratament în cancerul rectal.

e) Evaluare după ablația metastazelor hepatice prin metode intervenționale minim invazive

13. ***Carcinoamele ovariene****:*

a) Evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidivă în urma unor creșteri consecutive ale CA125, la paciente cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) negative sau neconcludente;

b) Evaluarea cazurilor cu suspiciune imagistică de recidiva, cu CA 125 normal.

14. Carcinoamele uterine

a) Evaluarea extensiei reale a afecțiunii (la nivel regional – N1/2 versus N0 sau la distanta – M1 versus M0) in vederea tratamentului cu intenție de radicalitate

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

15. Tumori ale celulelor germinale:

a) Diagnosticul recidivei afecțiunii la pacienţii cu tumori non-seminomatoase sau seminomatoase, cu markeri tumorali crescuți sau în creştere şi/sau cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) negative sau neconcludente;

b) Evaluarea maselor reziduale post-terapeutic la pacienţii cu tumori non-seminomatoase sau seminom

c) Evaluarea inițială a extensiei reale a afecțiunii la pacienti cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente.

16. Carcinoamele uroteliale:

a) Evaluarea extensiei reale regionale si la distanta a afecțiunii la pacienți cu carcinoame uroteliale invazive (vezică urinară / ureter / sistem pielo-caliceal) considerați eligibili pentru intervenție chirurgicală radicală, chimio-radioterapie concomitentă sau radioterapie definitivă cu viză curativă in cazul in care investigațiile imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) sunt neconcludente

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

17. Carcinoamele anale, vulvare şi peniene:

a) Evaluarea extensiei reale a afecțiunii in vederea tratamentului cu intenție de radicalitate.

18. Melanomul malign:

a) Evaluarea extensiei reale a afecțiunii in vederea tratamentului cu intenție de radicalitate sau inainte de tratamentul sistemic, la pacienți cu tumori primare cu invazie in profunzime mai mare de 0,8mm sau ulcerație prezenta (indiferent de profunzimea invaziei) sau la pacienti cu ganglion sentinela pozitiv

b) Confirmarea răspunsului complet la terapia specifica.

19. ***Tumori cutanate non-melanom***

a) Evaluarea carcinomului Merkel – stadializare

b) Evaluarea carcinomului Merkel – evaluare post-terapeutică

20. Tumori musculoscheletale:

a) Evaluarea inițială a extensiei reale a sarcoamelor de părți moi cu grad histologic înalt sau osteosarcoame, la pacienti cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente;

b) Evaluarea răspunsului la tratament în sarcoame cu grad înalt sau osteosarcoame, la pacienti cu investigații imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) neconcludente in vederea

tratamentului cu intenție curativa (chirurgical sau radioterapie)

21. Metastaze cu punct de plecare neprecizat.

a) Identificarea tumorii primare oculte atunci cand investigațiile imagistice de înaltă performanta (CT, IRM, etc) sunt neconcludente

II. LIMFOAME SI MIELOAME

22. Limfoame

a) Stadializarea si re-stadializarea limfoamelor FDG avide (inclusiv limfomul indolent sau boala limfoproliferativa post-transplant (PTLD), pre-terapeutic.
b) Evaluarea răspunsului la tratament utilizând criteriile Deauville si clasificarea Lugano
c) Suspiciune clinica înaltă de transformare a unui limfom într-o forma histologica mai agresiva, pentru identificarea unui site pentru biopsie
d) Evaluarea suspiciunii de recurenta in limfoamele FDG avide
e) Inainte de transplantul medular pentru evaluarea bolii reziduale comparativ cu remisiunea si aprecierea indicației de transplant
f) Evaluarea post-transplant si post CAR T
g) Histiocitoza la adult si alte boli rare proliferative cu celule ale sistemului imun- bilanț si monitorizare răspuns

23. Mieloame

a) Evaluarea pacienților nou diagnosticați, sau in caz de boala refractara sau recurenta
b) Pacienti cu plasmocitom solitar extramedular sau in caz de plasmocitom solitar cu localizare osoasa, daca MRI corp întreg nu este disponibila sau este contraindicata
c) Diagnostic diferențial intre forma activa sau inactiva
d) Monitorizare post-terapeutica

III. INDICATII PEDIATRICE

24. Osteosarcoame si sarcoame Ewing

a) stadializare
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidențiată prin alte investigații imagistice

25. Rabdomiosarcom si sarcoame de țesuturi moi non-rabdomiosarcom

a) stadializare;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigații imagistice
d) Evaluarea suspiciunii de transformare maligna la pacientii cu neurofibroame plexiforme asociate neurofibromatozei tip 1

26. Neuroblastom

a) stadializare inițială
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigații imagistice

27. Tumora Wilms si alte tumori renale maligne:

a) stadializare;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigații imagistice.

28. Histiocitoza cu celule Langherhans

a) evaluare pre-terapeutica
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigații imagistice

29. ***Tumori cu celule germinale cu localizări primare extra-craniene:***

a) stadializare;
b) evaluarea răspunsului la tratament;
c) suspiciune de recidivă evidenţiată prin alte investigații imagistice.

30. Limfoame Hodgkin si non -Hodgkin - aceleași criterii ca si la adult;

31. Alte afecțiuni maligne – aceleași criterii ca la adult.

36. În anexa nr. 3, articolul 7 litera p) se modifică şi va avea următorul cuprins:
„p) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice, în cel mult 10 zile, medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;”

37. La Normele tehnice, după anexa 5 se introduce o nouă anexă, anexa 5^1 avand cuprinsul prevazut in anexa nr.1 care face parte integrantă din prezentul ordin:

38. Anexa 9 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr.2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

39. Anexa 10 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr.3 care face parte integrantă din prezentul ordin.

40. Dupa anexa 10, se introduce o nouă anexa, anexa 10^1 avand cuprinsul prevazut in anexa nr.4 care face parte integrantă din prezentul ordin.

41. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative”, poziţia „Anexa 16 B 4 Programul naţional oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute” se modifică și va avea următorul cuprins:
„ANEXA 16 B 4.1 Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu afectiuni hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară – Leucemii acute și neoplasme mielodisplazice”

42. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative”, după poziţia „ANEXA 16 B 4.1 Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu afectiuni hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară – Leucemii acute și neoplasme mielodisplazice” se introduce o nouă poziţie, cu următorul cuprins:

„ANEXA 16 B 4.2 Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu afectiuni hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH şi examen de biologie moleculară – sindroame mieloproliferative cronice și sindroame limfoproliferative cronice

43. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative", poziţia „Anexa 16 B 6 Programul naţional de oncologie - Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom) la copii şi adulţi" se modifică și va avea următorul cuprins:

„ANEXA 16 B 6 Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne"

44. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative", după poziţia „ANEXA 16 B 6 se introduce o nouă poziţie, cu următorul cuprins:

„ANEXA 16 B 7 –Subprogramul național de testare genetică"

45. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative", poziţia „Anexa 16 H Pentru includerea în Programul naţional de sănătate mintală" se modifică și va avea următorul cuprins:

„ANEXA 16 H1 Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodependență, precum și de monitorizare a evoluției bolii"

46. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative", după poziţia „ANEXA 16 B 6 se introduce o nouă poziţie, cu următorul cuprins:

„ANEXA 16 H2 – Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist"

47. În anexa nr. 16 tabelul „Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naţionale de sănătate curative", după poziţia „ANEXA 16 J.7 Programul naţional de ortopedie - Tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare la copii"se introduce o nouă poziţie, cu următorul cuprins:

„ANEXA 16 J.8 - Programul naţional de ortopedie - Corectarea inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil"

48. Anexa 16 B.4 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr.5 care face parte integrantă din prezentul ordin.

49. La anexa nr. 16, după anexa 16 B.4 se introduce o nouă anexă, anexa 16 B.4.2, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 6 care face parte integrantă din prezentul ordin.

50. Anexa 16 B.5 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr.7 care face parte integrantă din prezentul ordin.

51. Anexa 16 B.6 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr.8 care face parte integrantă din prezentul ordin.

52. La anexa nr. 16, după anexa 16 B.6 se introduce o nouă anexă, anexa 16 B.7, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 9 care face parte integrantă din prezentul ordin

53. Anexa 16 H se modifică și se înlocuiește cu anexa nr.10 care face parte integrantă din prezentul ordin.

54. La anexa nr. 16, după anexa 16 H se introduce o nouă anexă, anexa 16 H.2, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 11 care face parte integrantă din prezentul ordin

55. Anexa 16 J.5 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr.12 care face parte integrantă din prezentul ordin.

56. La anexa nr. 16, după anexa 16 J.7 se introduce o nouă anexă, anexa 16 J.8, având cuprinsul prevăzut în anexa nr. 13 care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. II

În tot cuprinsul Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările şi completările ulterioare, sintagma „bolnavilor cu afecţiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi” se înlocuieşte cu sintagma „bolnavilor cu afecţiuni oncologice”.

ART. III

În tot cuprinsul Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările şi completările ulterioare, sintagma „Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, cu modificările şi completările” şi sintagma „Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările şi completările ulterioare” se înlocuiesc cu sintagma „Ordinului ministerului sănătăţii nr. 1834/2023 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private”.

ART. IV.

Direcţiile de specialitate din Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate şi unităţile de specialitate prin care se derulează programe naţionale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. V

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

p. PREŞEDINTE
Adela COJAN
Vicepreşedinte

Director General,
Calin Gheorghe FECHETE

Direcţia Generala Juridic şi Contencios Administrativ
Director General Adjunct,
Cons. Jr. Liliana Maria MIHAI

Director General Adjunct
Medic Şef
Dr. Mihaela ION

Direcţia Generală Economică
Director General Adjunct Economic
Ec. Daniela SÂRBULESCU

Direcţia Programe Curative
Director
Dr. Roxana RADU

Direcţia Farmaceutică Clawback Cost Volum
Director
Dr. Oana MOCANU

Aviz de legalitate nr. _____/_____
Direcţia Juridic şi Contencios Administrativ
Director Cons. Jr. Ana-Maria ILIESCU

ANEXA 1

(ANEXA 5[1] la Normele tehnice)

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii conexe actului medical în cadrul Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în anii 2022 - 2023

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ..... reprezentată prin Director general .....,

şi

Unitatea de specialitate ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentată prin ....., denumit în continuare Furnizor.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor conexe actului medical pentru Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist din cadrul Programului naţional de sănătate mintală, conform Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare şi Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2022 - 2023, aprobate prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările şi completările ulterioare, denumite în continuare norme tehnice.

III. Serviciile conexe furnizate

ART. 2

Unităţile de specialitate (Furnizorul) de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist prestează asiguraţilor serviciile cuprinse în normele tehnice, respectiv:

a) servicii de psihoterapie

b) servicii de logopedie

ART. 3

Furnizarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se face de către:

a) .....

Nume: .....Prenume: .....

Codul numeric personal: .....

Codul de parafă: .....

Program zilnic de activitate: .....

b) .....

Nume: .....Prenume: .....

Codul numeric personal: .....

Codul de parafă: .....

Program zilnic de activitate: .....

c).....

d).....

IV. Durata contractului

ART. 4

Durata prezentului contract este de la data intrării în vigoare până la data de 31 decembrie 2023.

ART. 5

(1) Data intrării în vigoare a prezentului contract este data la care casa de asigurări de sănătate confirmă primirea, într-o formă şi conţinut acceptabile, a tuturor documentelor şi dovezilor care atestă îndeplinirea de către Furnizor a tuturor condiţiilor din anexa A la prezentul contract.

(2) Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părţilor, în situaţia prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 423/2022, cu modificările şi completările ulterioare

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii conexe autorizaţi şi evaluaţi sau autorizaţi şi acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii conexe, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor conexe contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

c) să informeze furnizorul de servicii conexe cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea serviciilor conexe în cadrul Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorul de servicii conexe cu privire la derularea Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist şi cu privire la orice modificare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii de internet a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către Furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate controlul derulării Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv respectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, conform prevederilor normelor tehnice;

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

g) să recupereze de la furnizorii de servicii conexe care derulează Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sumele reprezentând contravaloarea serviciilor conexe, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi

nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor conexe;

h) să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către Furnizor, pentru a căror corectitudine Furnizorul depune declaraţii pe propria răspundere.

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile conexe acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor conexe posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.

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

(2) Casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, în termen de 15 zile lucrătoare, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a publica pe site-ul propriu lista unităţilor de specialitate care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

B. Obligaţiile unităţilor de specialitate (furnizorilor) pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

ART. 7

Furnizorul de servicii conexe are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, servicii conexe şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de acordare a acestui tip de serviciu, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite pentru subprogramul naţional de sănătate curativ, potrivit destinaţiei acestuia;

c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unităţile de specialitate vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul subprogramului;

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

e) să întocmească evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii conexe în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific, serviciilor efectuate,

f) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a psihologului şi a furnizorului;

h) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațională în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din Romania; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor conexe contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al

preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică a asigurărilor de sănătate, caz în care unităţile de specialitate sunt obligate să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

l) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor conexe, acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile conexe înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile conexe acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (11) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

m) să transmită în platforma informatică a asigurărilor de sănătate serviciile conexe, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. l), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor conexe acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului conex şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor conexe acordate se face prin semnătură electronică extinsă, /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile conexe nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile conexe efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat subprogramului naţional de sănătate curativ;

o) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru serviciile conexe care se asigură în cadrul subprogramului naţional de sănătate curativ şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor conexe, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

p) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

q) să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare activitate din cadrul subprogramului naţional de sănătate curativ

r) să raporteze corect şi complet serviciile conexe efectuate;

s) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

ş) să asigure servicii conexe pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pentru bolnavii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

t) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile conexe, asigurate potrivit prevederilor lit. ş) şi decontate din bugetul FNUASS;

ţ) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală serviciile conexe prevăzute la lit. ş) însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoţitoare;

u) să întocmească liste de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de servicii conexe în cadrul subprogramului. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din Romania;

v) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru, Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist sau veniturile realizate în baza contractului, după caz, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora.

x) să întocmească documentele necesare pentru acordarea / întreruperea serviciilor conexe, după caz;

y) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

z) să ia toate măsurile necesare pentru respectarea de către furnizorul de servicii conexe a tuturor obligațiilor privind condițiile acordării serviciilor conexe, prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educaţie şi sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii, al ministrului

educaţiei naţionale şi cercetării ştiinţifice, al ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi persoanelor vârstnice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 968/5194/1945/714/2016, cu modificările ulterioare.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8

(1) Modalitatea de plată a serviciilor conexe este de tarif/serviciu conex, tarif conform normelor tehnice, respectiv:

a) tarif/şedinţă de psihoterapie/bolnav: 75 lei;

b) tarif/şedinţă de logopedie/bolnav: 75 lei.

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

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:

Trimestrul I ..... lei,

Trimestrul II ..... lei,

Trimestrului III ..... lei,

Trimestrul IV ..... lei,

ART. 9

(1) În vederea decontării Furnizorul va depune/transmite la casa de asigurări de sănătate declaraţia de servicii conexe lunare, în formatul prevăzut în anexa B, care va include tipul şi volumul serviciilor conexe furnizate asiguraţilor în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru luna anterioară celei pentru care se face raportarea, numărul beneficiarilor de servicii conexe, pe tipuri de servicii şi suma ce urmează a fi plătită de către casa de asigurări de sănătate. Suma va fi calculată după cum urmează: numărul şedinţelor conexe pe tipuri de servicii înmulţit cu tariful tipului de serviciu.

(2) Furnizorul are obligaţia ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună/transmită declaraţia de servicii conexe privind serviciile furnizate în luna anterioară la casa de asigurări de sănătate şi factura pentru suma prevăzută în declaraţia de servicii. Documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate,

prin semnătura reprezentanţilor legali ai Furnizorului. În termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii facturii, validării serviciilor raportate şi acordării vizei „bun de plată”, casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului.

(3) Netransmiterea de către furnizor a documentelor menţionate la alin. (2) exonerează casa de asigurări de sănătate de obligaţia plăţii pentru luna respectivă.

(4) Nerespectarea de către Furnizor a termenului menţionat la alin. (2), precum şi existenţa unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care Furnizorul a depăşit termenul.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 10

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

(2) De la data intrării în vigoare a prezentului contract Furnizorul de servicii conexe va încheia o poliţă de asigurare de răspundere civilă pentru o sumă asigurată de cel puţin ..... pe an (sau pentru orice altă valoare aprobată prin ordin al preşedintelui CNAS pentru furnizorii de servicii conexe) pentru astfel de riscuri şi în astfel de termeni şi condiţii, cu un asigurător autorizat de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor. Poliţa de asigurare va fi în vigoare pentru o perioadă de 6 luni după data încetării prezentului contract.

VIII. Clauze speciale

ART. 11

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 12

Efectuarea de servicii conexe peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Art. 13 - Nerespectarea de către unităţile de specialitate pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 atrage aplicarea unor sancţiuni de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.”

Art. 14 - Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii conexe, acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii conexe şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;

Art. 15

(1) Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii

a) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

(2) Contractul încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

Art. 16

(1) Contractul pentru furnizarea de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de asigurare a serviciilor conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv nu mai poate asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul subprogramului de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. h) în condiţiile în care furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, a dovezii de acreditare sau înscrierii în procesul de acreditare, după caz, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei, precum şi a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor; suspendarea operează de drept de la data neîndeplinirii oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii conexe, pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile conexe.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valoarea de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.”

X. Corespondenţa

ART. 17

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului declarat în contract

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 18

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART.19

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

ART. 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 21

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

ART. 24

Anexele A şi B fac parte integrantă din prezentul contract.

XIII. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor conexe actului medical acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist în cadrul unor programe naţionale de sănătate finanţate a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Anexa A - Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

a) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul psihologiei în concordanţă cu tipul de furnizor, atât pentru furnizor, cât şi pentru psihologii care îşi desfăşoară activitatea în formele prevăzute la art. 6 din Legea nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepţia cabinetelor individuale şi societăţilor cu răspundere limitată, cu un singur psiholog angajat;

f) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme;

g) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

h) programul de activitate al furnizorului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz;

i) certificatul de membru al Colegiul Psihologilor din România pentru fiecare psiholog care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul psihologiei;

Anexa B

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii conexe de psihoterapie

Furnizor.....

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna.....

Nr. crt.	**CNP bolnav beneficiar de serviciu conex de psihoterapie**	**Număr de servicii conexe de psihoterapie**	**Tarif/serviciu conex de psihoterapie (lei)**	**Sumă de decontat (lei)**
C0	**C1**	**C2**	**C3**	**C4=C2*C3**
1				
2				
.....				
TOTAL				

DECLARAŢIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfăşurător privind evidenţa după CNP a bolnavilor beneficiari de servicii conexe de logopedie

Furnizor.....

Casa de Asigurări de Sănătate

Raportare pentru luna.....

Nr. crt.	CNP bolnav beneficiar de serviciu conex de logopedie	Număr de servicii conexe de logopedie	Tarif/serviciu conex de logopedie (lei)	Sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4=C2*C3
1				
2				
.....				
TOTAL				

Anexa 1
(ANEXA 9 la normele tehnice)

REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC/MONITORIZARE HEMOPATII MALIGNE

Unitatea sanitară .....
Secţia .....
Tel./fax ....., mail .....
Numele şi prenumele medicului curant .....
Numele şi prenumele bolnavului ....., CNP .....
Diagnostic clinic .....

Hemoleucograma cu frotiu .....
Medulograma .....
Coloraţii citochimice .....

Investigaţii solicitate:

1. Imunofenotipare (EDTA) pentru hemopatii maligne
   - Sânge periferic sau
   - aspirat medular.

2. Examen citogeneticşi FISH
   - Sânge periferic sau
   - aspirat medular.

3. Biologie moleculară RT - PCR;
   - Sânge periferic sau
   - aspirat medular.

4. Biologie moleculară secvențiere convențională sau NGS
   - Sânge periferic sauâ
   - aspirat medular.

Data şi ora recoltării probei .....
Semnătura şi parafa .....

Anexa 3
(ANEXA 10 la normele tehnice)

REFERAT DE SOLICITARE DIAGNOSTIC GENETIC A TUMORILOR SOLIDE MALIGNE

Unitatea sanitară .....
Secţia .....
Tel./fax ....., mail .....
Numele şi prenumele medicului curant .....
Numele şi prenumele bolnavului ....., CNP .....
Diagnostic clinic .....

Investigaţii solicitate:

1. Testare genetică pentru neuroblastom.....
2. Testare genetică pentru sarcom Ewing
3. Testare genetică pentru rabdomiosarcom
4. Testare genetică pentru tumori ale sistemului nervos central
5. Testare genetică pentru retinoblastom

Data şi ora recoltării probei .....
Semnătura şi parafa .....

Anexa 4
(Anexa 10[1] la Normele tehnice)

Unitatea sanitară .....Secţia .....
Nr contract ……. încheiat cu CAS……..
Numele şi prenumele medicului .....……
Specialitatea…….
Date contact medic: Tel./fax ....., mail .....

REFERAT DE SOLICITARE A STABILIRII PROFILULUI MOLECULAR

I. Datele de identificare ale pacientului

Nume…….
Prenume……..
CNP…….

II. Datele clinice ale pacientului

a) Diagnostic:

☐ cancer colorectal local avansat sau metastazat stadiul TNM……..
☐ Cancer ovarian local avansat sau metastazat stadiul TNM…….
☐ Cancer bronhopulmonar altul decat cel cu celule mici (NSCLC) stadiul TMN ……..
- o Non-scuamaos
- o Scuamos fumatori
- o Scuamos nefumatori
- o EGFR+, tratat cu inhibitori EGFR

☐ Cancer de sân stadiul TNM……..

b) Diagnosticul histopatologic a fost confirmat în data de ……prin rezultatul histopatologic cu nr…… de către compartimentul/laboratorul de anatomie patologică din cadrul unității sanitare…….…….

III. Servicii de testare solicitate

Diagnostic	**Panelul de teste**	**Solicitare***
cancer colorectal local avansat sau metastazat	Panelul de teste nr. 1	
Cancer ovarian local avansat sau metastazat	Panelul de teste nr 1	
Cancer bronhopulmonar altul decat cel cu celule mici (NSCLC)	Panelul de teste nr.1 si nr 2	
	Panelul de teste nr 1 si nr 3	
	Panelul de teste nr 1 si nr 4	
	Panelul de teste nr 5	
Cancer de sân	**Panelul de teste nr 1**	
	Panelul de teste nr. 3	

*se bifeaza panelul de teste corespunzator diagnosticului si profilului pacientului

Data .....
Semnătura şi parafa medicului .....

Anexa 5
(Anexa 16 B.4.1)

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară
Leucemii acute și neoplasme mielodisplazice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
	-laborator de analize medicale din structura spitalului		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
I.	**DIAGNOSTICUL HEMOPATIILOR MALIGNE**		
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute şi neoplasme mielodisplazice, cu o experienţă de minim 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute şi a şi neoplasme mielodisplazice şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)		
2.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH, acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic şi FISH cu experienţă în domeniu de cel puţin 1		

	an şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)		
3.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT -PCR acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul RT-PCR cu experienţă în domeniu de cel puţin 1 an şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)		
4.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS acesta va face dovada încadrării cu personal specializat cu experienţă în domeniu de cel puţin 1 an şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	**Dotări minime pentru includere în program:**		
1.	**Citologie și citochimie**		
1.1.	Microscop optic cu examinare în câmp luminos		
2.	**Citometrie în flux**		
2.1.	- citometru în flux cu minimum 8 culori în stare de funcţionare		
II.	**Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH**		
1.	**Citogenetică pentru:**		
1.1.	- culturi celulare		
1.2.	- hotă de biosecuritate clasa A2;		
1.3.	- incubator cu atmosferă controlată de CO2;		
1.4.	- microscop inversat;		
1.5.	- microscopie optică		
1.6.	- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă şi epifluorescenţă;		
III.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT-PCR:**		
1.	– sistem real time PCR;		
2.	– thermocycler PCR;		
	– sistem electroforeză chip/microfluidică/clasic		
IV.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS**		
1.	- platforma NGS		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura	Semnatura	Semnatura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....**.**

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
.....		

Semnatura	Semnatura	Semnatura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC ŞEF**

ANEXA 6
(Anexa 16 B.4.2)

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național oncologie - Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu afecțiunilor hematologice maligne cronice prin imunofenotipare, examen citogenetic şi FISH şi examen de biologie moleculară Sindroame mieloproliferative cronice și Sindroame limfoproliferative cronice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		
	sau Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată:		
	- laborator de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată		
	sau - unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare		
	sau - unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie		
	sau – laborator de analize medicale din structura spitalului		
	sau - centrul de diagnostic şi tratament		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Personal specializat cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a hemopatiilor maligne cronice, cu o experienţă de minim 2 ani în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)		
2.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice, acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic şi FISH cu experienţă în domeniu de cel puţin 1 an şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire,		
3.	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin RT –PCR în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul RT-PCR cu experienţă în domeniu de cel puţin 1 an şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)		
	În situaţia în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului şi pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvenţiere convenţională sau NGS în diagnosticul hemopatiilor maligne cronice acesta va face dovada încadrării cu personal specializat cu experienţă în domeniu de cel puţin 1 an şi un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi şi în urmărire)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
I.	**Dotări minime pentru includere în program:**		
1	**Citometrie în flux**		
1.1	- citometru în flux cu minimum 8 culori în stare de funcţionare		
II.	**Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic şi FISH**		
1.	**Citogenetică pentru:**		
1.1.	- culturi celulare		
1.2.	- hotă de biosecuritate clasa A2;		
1.3.	- incubator cu atmosferă controlată de CO2;		
1.4.	- microscop inversat;		
1.5.	- microscopie optică		
1.6.	- microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă şi epifluorescenţă;		
III.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară:**		
1.	– sistem real time PCR;		

2.	– thermocycler PCR;		
	– sistem electroforeză chip/microfluidică/clasic		
IV.	**Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară prin secvențiere convențională sau NGS**		
1.	- platforma NGS		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura Semnatura Semnatura

MANAGER **MEDIC COORDONATOR** **DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....**.**

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
.....		

Semnatura Semnatura Semnatura

DIRECTOR GENERAL **DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE** **MEDIC ŞEF**

ANEXA 7
(ANEXA 16 B.5 la normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*/reprezentant legal:Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I	Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată		
	- Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată laborator de radioterapie autorizat CNCAN		
	- Sectie/ compartiment/ contract cu echipa ATI (medic, asistenta de anestezie)pentru unitatile care ofera servicii de RT pentru pacienti pediatrici, cu anestezie		
	- Salon postanestezie pentru unitatilecare nu au in structura sectie/compratiemnt ATI		

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Medici radioterapeuţi** (1 post/aparat/tură)		
2.	Fizicieni medicali**(1 post/unitate de lucru/tura)		
3.	Ingineri(1 post/unitate de lucru)sau contract de service		
4.	Asistenţi medicali/tehnicieni** (3 posturi/aparat/tură)		
5.	Medic ATI (angajat sau cu contract de colaborare) De intrebat comisia ATI vizavi de asistenta ATI		

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

	Instalații de radioterapie autorizate CNCAN pentru efectuarea cel puțin a uneia dintre următoarele tipuri de radioterapie:	DA	NU
1.	Radioterapie cu ortovoltaj:		
	- aparat de ortovoltaj cu aplicatori şi filtre în funcţie de tumoră		
2.	Radioterapie cu accelerator liniar 2D		
	- simulator 2D convenţional		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
3.	Radioterapie cu accelerator liniar 3D		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator		
	- sistem de plan tratament(TPS) – staţii de lucru pentru conturarea volumelor ţintă de către medici, staţii de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni şi staţii de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
	- sistem de imobilizare pentru sala de simulare şi sala de tratament		
4.	IMRT		
	- simulator CT		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC(colimator multilamelar)		
	- sistem de plan tratament(TPS), soft dediact pentru IMRT; - staţii de lucru pentru conturarea volumelor ţintă de către medici, staţii de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni şi staţii de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie		
	- sistem dozimetric		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
	- sisteme de imobilizare pacient pentru sala de simulare şi sala de tratament		
	- sistem de portal imaging tip CBCT		
	- sistem de verificare a planului de tratament pe fantom		
5.	Brahiterapie 2D		
	- simulator 2D – sistem de imagistică cu braţ C		
	- instalaţie de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament(TPS), soft dedicat pentru 2D		

	- accesorii brahiterapie(masă radiotransparentă, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea poziţiilor dorite - decubit dorsal şi litotomie -, mobilă şi să aibă sistem de blocare a mişcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstiţiali, container de urgenţă pentru surse, forceps lung)		
	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv masurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de brahiterapie		
6.	Brahiterapie 3D		
	- simulator CT/RMN		
	- instalaţie de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament		
	- sistem de plan tratament(TPS), soft dedicat pentru 3D		
	- accesorii brahiterapie compatibile cu CT/RMN (masă CT/RMN compatibila, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea poziţiilor dorite - decubit dorsal şi litotomie -, mobilă şi să aibă sistem de blocare a mişcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstiţiali, container de urgenţă pentru surse, forceps lung)		
	- sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de brahiterapie		
7.	Brahiterapie 3D prostată implant permanent		
	- sistem de plan tratament		
	- ecografie endorectală		
	- Stepper unit + Grila de reperaj + sisteme de solidarizare cu masa de tratament		
	- sistem dozimetric dedicat pentru brahiterapie		
8.	SBRT pentru craniu si extracranian tinte „fixe” (recidive in sfera ORL, metastaze osoase calota, coloana, bazin, femur, humerus proximal)		
	- simulator CT/ simulator RMN		
	- sisteme de imobilizare rigida pentru sala de simulare şi sala de tratament (masca specifica SBRT)		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu: MLC(colimator multilamelar), energie minim 6 MV şi debit de minim 800 MU/min (FFF)		
	- sisteme de IGRT CBCT		
	- sistem de plan tratament(TPS) dedicat SBRT		
	- sisteme de dozimetrie secundară (verificarepe fantom plan de tratament), specific RT stereotactice (matrice SRS)		
	- sistem audio/video de comunicare, urmărire şi comandă cu sala de tratament		
9.	SBRT extracranian viscerale si leziuni osoase cu mobilitate semnificativa in timpul RT (Setr, coaste, altele decat cele de la punctul 8)		
	- simulator CT/ simulator RMN cu abilitate de 4D-CT		
	- aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC(colimator multilamelar), energie minim 6 MV şi debit de minim 800 MU/min (FFF)		

	- sisteme de IGRT CBCT		
	- sistem de monitorizare şi control a mobilităţii ţintei		
	- masa de iradiere cu 6 grade de libertate de mişcare		
	- sistem de plan tratament(TPS), cu opţiunea de SBRT		
	- sisteme de dozimetrie secundară (verificare pe fantom plan de tratament), specific RT stereotactice (matrice SRS)		
10	Specific pentru radioterapia pediatrica (subiecţi <18 ani)		
	În plus fata de specifiactiile pentru IMRT sau SBRT de la adulti, pentru cazurile care necesita anestezie sunt necesare suplimentar: - Aparat de anestezie generala		

**Calificările personalului (medici fizicieni tehnicieni de radioterapie) pentru SBRT sunt următoarele:
- cu expertiză deja în domeniu (mai mult de 100 de pacienţi deja trataţi) sau
- curs de perfecţionare de stereotaxie acreditat de MS/CMR naţional sau internaţional - atestat de absolvire (medici, fizicieni)
- stagiu de perfecţionare de stereotaxie într- o instituţie naţională sau internaţională acreditată de MS
- curs acreditat de MS de stereotaxie regional (instituţional)/ naţional (tehnicieni).

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura	Semnatura	Semnatura
MANAGER	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 4.

CAS.....

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
.....		

Semnatura	Semnatura	Semnatura
DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC ŞEF**

ANEXA 8(
Anexa 16 B.6 la Normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de oncologie – Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal*: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relație contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind forma juridică de organizare

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară organizată ca:**		
1.	- laborator de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată sau		
	- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare sau		
	- unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie sau		
	- laborator din structura spitalului sau		
	- centrul de diagnostic şi tratament/centrul medical		

Capitolul 3 Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu personal medical a laboratorului de analize medicale conform criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A „Evaluarea capacităţii resurselor tehnice”, punctul 6 „Histopatologie” din anexa 19 la Ordinul ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Aparatură de laborator pentru care se face dovada îndeplinirii standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003, precum și a criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A „Evaluarea capacităţii resurselor”, punctul 6 „Histopatologie” și punctul 2 „Criteriul de calitate” din anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 (se va preciza metoda ... și aparatura utilizată .....)		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura	Semnatura	Semnatura
REPREZENTANT LEGAL	**MEDIC COORDONATOR**	**DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului / reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS…….

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
……		

Semnatura	Semnatura	Semnatura
PREŞEDINTE DIRECTOR GENERAL	**DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE**	**MEDIC ŞEF**

ANEXA 9
(Anexa 16 B.7 la Normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de oncologie – Subprogramul național de testare genetică

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Reprezentant legal*: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relație contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti sau		
	Unitate sanitară aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară organizată ca:**		
1.	- laborator de anatomie patologică sau		
	laborator de analize medicale cu compartiment de anatomie patologică		
2.	Să facă dovada că pe toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca şi compartiment în structura laboratorului de analize medicale, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate anatomie patologică		
3.	Să efectueze efectiv în România, în laboratorul de anatomie patologică/compartimentul de anatomie patologică din structura laboratorului de analize medicale toate testările din pachetul / pachetele de testare		

Capitolul 3. Criterii privind participarea la controale externe de calitate, dotare și cerințe suplimentare privind specializarea medicilor anatomo-patologi pentru efectuarea unor testări

		DA	NU
1.	**CANCER COLORECTAL LOCAL AVANSAT SAU METASTAZAT**		
1.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate pentru fiecare tip de testare (cel puțin o (1) în anul calendaristic anterior) pentru:		
	IHC		
	- PCR		
1.2	Dotare:		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		
	- Platforma PCR		
2.	**CANCER OVARIAN LOCAL AVANSAT SI METASTAZAT**		
2.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate (cel puțin o (1) participare în anul calendaristic anterior pentru tehnica NGS)		
2.2	Dotare:		
	- platforma NGS		
3.	**CANCER BRONHO PULMONAR, ALTUL DECÂT CEL CU CELULE MICI (NSCLC)(Nota 1)**		
3.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate pentru fiecare tip de testare (cel puțin o (1) participare în anul calendaristic anterior) pentru:		
	- IHC – testare ALK		
	-IHC- testare PD-L1 pentru :		
	- Clona SP 142		
	- Clona SP 263		
	- Clona 22 C3		
	- PCR –testare EGFR		
	- PCR-testare mutația T790M		
	- tehnica NGS		
3.2	Cerinte medic/medici anatomo-patologi		
	- Personalul specializat (medici anatomo-patologi) să dețină atestat/certificat pentru efectuarea PD-L1 (prin IHC) pentru fiecare tip de clonă contractată		
3.3	Dotare:		
a)	**Pentru pachetul 1, 2 și 3 de testare:**		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		

	- Platforma NGS		
	- Platforma Ventana pentru PD-L1 clona SP 142 şi clona Sp 263		
	- Platforma Autostainer 48 Agilent/ platforma OMNIS pentru PD-L1 clona 22 C3		
b)	**Pentru pachetul 1 și 4 de testare:**		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE		
	- Platforma PCR		
	- Platforma Ventana pentru PD-L1 clona Sp 263		
c)	**Pentru pachetul 5 de testare:**		
	- Platforma PCR		
4.	**NEOPLASM MAMAR (Nota 2)**		
4.1	Să facă dovada participării la controalele externe de calitate pentru fiecare tip de testare (cel putin o (1) participare în anul calendaristic anterior) pentru:		
	- IHC- testare HR+HER2+Ki67		
	- --SISH/FISH - testare HER2		
	- tehnica NGS		
	- IHC-testare PD-L1 clona contractată		
4.2	Cerinte medic/medici anatomo-patologi		
	- Personalul specializat (medici anatomo-patologi) să dețină atestat/certificat pentru:		
	- efectuarea PD-L1 clona contractată (prin IHC)		
	efectuarea HER2prin:		
	- IHC		
	- SISH/FISH		
4.3	Dotare:		
a)	**pentru pachetul 1 de testare:**		
	- Platforma IHC automată cu marcaj CE sau		
	- Platforma comună IHC și ISH cu marcaj CE		
b)	**pentru pachetul 2 de testare:**		
	- Platforma ISH automată cu marcaj CE sau		
	- Platforma comună IHC și ISH cu marcaj CE		
c)	**pentru pachetul 3 de testare:**		
	- Platforma NGS		

	- Platforma Ventana cu sistem propriu de scorificare pentru PD-L1 SP 142		

Nota 1

1. Este recomandat ca acelaşi furnizor să efectueze şi să contracteze toate cele 5 pachetele de testare.

2. Este obligatorie efectuarea şi contractarea pachetului 1 , 2 si 3 de către un furnizor. În situaţia în care, pe pachetul 1 de testare nu se confirmă diagnosticul de carcinom bronhopulmonar NSCLC care să necesite testarea ulterioară pe pachetul de testare 2 sau 3, acestea nu se vor efectua de către furnizor.

3. Este obligatorie efectuarea şi contractarea pachetului 1 şi 4 de testare de către un furnizor. În situaţia în care, pe pachetul 1 de testare nu se confirmă diagnosticul de carcinom bronhopulmonar NSCLC care să necesite testarea ulterioară pe pachetul 4 de testare, acesta nu se va efectua de către furnizor.

4. Furnizorul care efectuează şi contractează pachetul 5 de testare nu este obligatoriu să efectueze şi să contracteze şi pachetele de testare 1,2 şi 3 sau 1 şi 4 sau 1, 2,3 şi 4

Nota 2

1. Este recomandat ca acelaşi furnizor să efectueze şi să contracteze toate pachetele de testare

2. Este obligatoriu a fi efectuate şi contractate pachetele de testare 1 şi 2 de către un furnizor.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura Semnatura Semnatura

REPREZENTANT LEGAL **MEDIC COORDONATOR** **DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului / reprezentantului legal.

Capitolul 3.

CAS…….

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
……		

Semnatura Semnatura

Semnatura

PREŞEDINTE DIRECTOR GENERAL **DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE** **MEDIC ŞEF**

ANEXA 10
(Anexa 16 H.1 la Normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul naţional de sănătate mintală - Subprogramul naţional de tratament al bolnavilor cu toxicodependenţă, precum şi de monitorizare a evoluţiei bolii;

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	**NU**
I	**Unitate sanitară cu paturi/ spital penitenciar detox care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie / compartiment de specialităţi psihiatrice sau - secţie / compartiment toxicomanie sau - paturi de toxicologie în structura ATI		
2.	- secţie / compartiment ATI sau terapie intensivă pentru tratamentul de urgenţă a intoxicaţiilor acute detox substitutiv / nonsubstitutiv şi iniţiere de tratament substitutiv		
3.	- laborator de analize medicale – compartiment de toxicologie pentru depistarea substanţelor psihoactive		
4.	- structură de primiri urgenţe a bolnavilor cu agitaţie psihomotorie indusă de substanţe, intoxicaţie sau sevraj la		

	substanţe psihoactive (precizaţi tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S)		
5.	- farmacie cu circuit închis		
II	**Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialitățile:**		
1.	- psihiatrie (monitorizarea evoluţiei pacienţilor internaţi)		
2.	- ATI sau terapie intensivă		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de psihiatrie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 sau		
	încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de toxicomanie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 (precizaţi nr. medicilor de specialitate și al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secţiei/compartimentului de ATI sau terapie intensivă conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate și al asistenţilor medicali ...)		
3.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgenţe conform normativului de personal prevăzut prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare(precizaţi nr. medicilor de specialitate și al asistenţilor medicali ...)		
4.	Asistenţi sociali		
5.	Psihologi cu minim 40 ore de formare în adicţii		
6.	Încadrarea cu farmaciști și asistenţi medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. farmaciștilor și al asistenţilor medicali de farmacie ...)		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Teste urinare de depistare a drogurilor în urină		
2.	Teste rapide de narcodependenţă		
3.	Aparat monitorizare gazometrie		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura Semnatura Semnatura

MANAGER **MEDIC COORDONATOR** **DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
.....		

Semnatura Semnatura Semnatura

DIRECTOR GENERAL **DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE** **MEDIC ŞEF**

Anexa 11
(Anexa 16 H 2 la Normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de sănătate mintală - Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Judeţul . . . . . .

Localitatea . . . . . .

Unitatea de specialitate . . . . . .

Adresă . . . . . .

Telefon . . . . . .

Fax . . . . . .

E-mail . . . . . .

Reprezentant legal/administrator:

Nume . . . . . Prenume . . . . . .

Adresă . . . . . .

Telefon . . . . . fax . . . . . .

E-mail . . . . . .

Capitolul 1 Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
1.	Furnizorul de servicii conexe actului medical pentru persoane cu TSA are în structura organizatorică aprobată		
	- cabinet de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în una din specialitățile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială		

Capitolul 2 Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Psihologi cu drept de liberă practică atestați în una din specialitățile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere		

	școlară și vocațională și psihopedagogie specială, care îndeplinesc una dintre următoarele condiţii de formare de specialitate în domeniul intervenţiei pentru autism: a) au absolvit un program internaţional de formare profesională de lungă durată sau de scurtă durată de minimum 40 de ore într-o metodă de intervenţie validată ştiinţific în tulburări din spectrul autist, avizată de Colegiul Psihologilor din România; b) au absolvit un curs de formare continuă avizat de Colegiul Psihologilor din România de minimum 40 de ore (40 de credite) în domeniul intervenţiilor psihologice validate ştiinţific în tulburări din spectrul autist; c) fac dovada experienţei profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu autism de minimum 2 ani, demonstrată prin contractul individual de muncă, însoţit de fişa postului aferentă, precum şi de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialităţile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică angajaţi; d) fac dovada experienţei profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu autism de minimum 2 ani, demonstrată prin anexa formei de exercitare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, precum şi de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialităţile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică titulari ai unei forme de exercitare a profesiei;		

Capitolul 3 Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Minim două probe de evaluare psihologică care trebuie să evalueze abilitățile persoanei cu TSA, urmărind toate ariile de dezvoltare: abilitățile de comunicare, abilitățile de participare la activități, abilitățile sociale, abilitățile cognitive, abilitățile de limbaj receptive și expresive, abilitățile de autonomie personală cu excepția cabinetului de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în specialitatea psihopedagogie specială-logopedie		
2.	Mobilier curent și scaune de diverse dimensiuni adaptate vârstei pacientului (adult/copil)		
3.	Dulapuri compartimentate și închise, astfel încât materialele de lucru să nu fie la vedere		
4.	Etajere pentru materialele de lucru specifice pentru activitățile de joacă		
5.	Kit de lucru care să cuprindă seturi de imagini specifice organizate pe domenii: obiecte, acțiuni, potriviri, asocieri, noțiuni opuse, secvențialitate, cauză-efect,		

	povești sociale, poziții spatiale, locatii și meserii, identificarea emoțiilor, reguli sociale		
6.	Cărți cu imagini specifice potrivite pentru diferite etape în dezvoltare		
7.	Seturi de jucării organizate pe categorii (în dublu exemplar): animale domestice și sălbatice, mașinute, instrumente muzicale, mobilier de jucărie, veselă și tacâmuri de jucărie, legume, fructe etc		
8.	Jocuri tip puzzle		
9.	Jocuri de asamblare (lego, piese de lemn pentru consuctrucții)		
10.	Materiale ce vor fi utilizate ca motivație în sesiunile de terapie: baloane de săpun, jucării cu luminițe, instrumente muzicale, materiale senzoriale (sclipici, biluțe, nisip kinetic etc), abțipilduri, păpuși de pus pe degete, mingi de diferite dimensiuni		

***** Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura
Reprezentant legal

Capitolul 4

CAS . . . . . .

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
. . . . .		

Semnătura	Semnătura	Semnătura
DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE	MEDIC ŞEF

Anexa 12
(ANEXA 16 J.5 la normele tehnice)

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie - Tratamentul copiilor cu malformaţii congenitale grave vertebrale care necesită instrumentaţie specifică

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie de chirurgie şi ortopedie pediatrică sau		
	- secţie ortopedie pediatrică		
2.	- secţie ATI categoria I sau II, organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările şi completările ulterioare(precizaţi categoria....)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice(inclusiv coloana cervico-toraco-lombo-sacrata în ortostatism)		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		
	- în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice		

7.	- secţie / compartiment de recuperare, medicină fizică şi balneologie		
8.	- structură de specialitate în prevenirea infecţiilor nosocomiale asociate asistenţei medicale conform prevederilor legale în vigoare		
II.	**Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:**		
1.	- chirurgie şi ortopedie pediatrică sau - ortopedie pediatrică		
2.	- ATI		
3.	- paraclinice - laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice – radiologie şi imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie şi ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de chirurgie ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările şi completările ulterioare(precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapida		
4.	Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a structurii de radiologie şi imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenirea şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.			

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura Semnatura Semnatura

MANAGER **MEDIC COORDONATOR** **DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS.....**.**

Unitatea sanitară:	**AVIZAT**	**NEAVIZAT**
.....		

Semnatura Semnatura Semnatura

DIRECTOR GENERAL **DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE** **MEDIC ŞEF**

Anexa 13
(ANEXA 16 J.8 la normele tehnice

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul naţional de ortopedie – Corectarea inegalitatilor si diformitatilor membrelor la copil.

Judeţul .....
Localitatea .....
Unitatea sanitară .....
Adresă .....
Telefon .....
Fax .....
E-mail .....
Manager*: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Medic coordonator: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....
Director medical: Nume ..... Prenume .....
Adresă .....
Telefon ..... fax .....
E-mail .....

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

		DA	NU
1.	Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti		

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

		DA	NU
I.	**Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:**		
1.	- secţie de ortopedie pedatrica cu minim 10 paturi		
2.	- secţie ATI categoria I sau II,organizată conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările şi completările ulterioare(precizaţi categoria ...)		
3.	- unitate de transfuzie sanguină		
4.	- structură de radiologie şi imagistică medicală cu posibilitatea efectuarii de IRM, CT, ecografie musculoscheletala		
5.	- laborator de analize medicale		
6.	- bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialităţi chirurgicale cu flux laminar vertical		

7.	- secţie / compartiment / cabinet medical de recuperare		
8.	- structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		
II	**Linii de gardă 24/7 organizate la sediul unităţii sanitare, pentru specialităţile:**		
1.	- ortopedie pediatrica (minim 1)		
2.	- ATI (minim 1)		
3.	- paraclinice – laborator de analize medicale		
4.	- paraclinice – radiologie și imagistică medicală		

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

		DA	NU
1.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secţiei de ortopedie pediatrica conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. medicilor de specialitate și al asistenţilor medicali ...)		
2.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secţiei de ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie intensivă din unităţile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1500/2009, cu modificările și completările ulterioare(precizaţi nr. medicilor de specialitate și al asistenţilor medicali ...)		
3.	Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă		
4.	Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010(precizaţi nr. medicilor de specialitate și al asistenţilor medicali ...)		
5.	Personal medical încadrat în structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016		

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

		DA	NU
1.	Truse specifice pentru tratamentul inegalitatilor si diformitatilor membrelor la copil		
2.	Aparat de radiologie cu brat mobil tip C-arm		

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura Semnatura Semnatura

MANAGER **MEDIC COORDONATOR** **DIRECTOR MEDICAL**

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 5.

CAS…….

Unitatea sanitară:	AVIZAT	NEAVIZAT
……..		

Semnatura Semnatura Semnatura

DIRECTOR GENERAL **DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE** **MEDIC ŞEF**