


PROGRAMELE NATIONALE DE SANATATE



- 
1. Program comunitar de sanatate publica;
 2. Program de prevenire si control al bolilor netransmisibile;
 3. Program de sanatate a copilului si familiei;
 4. Program de administratie sanitara si politici de sanatate.



Programele 3 si 4 au finantare exclusiv de la bugetul de stat prin Ministerul Sanatatii.


Programele 1 si 2 sunt structurate in subprograme. Pentru unele subprograme exista finantare atat de la bugetul de stat cat si din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate.



Beneficiarii subprogramelor nationale de sanatate sunt:

persoanele asigurate care prezinta afectiuni incluse in programele nationale;

persoanele care nu realizeaza venituri din munca, pensie sau din alte surse si prezinta afectiuni incluse in programele nationale.



Pentru persoanele asigurate cel mai important este sa efectueze controlul periodic anual, in scopul depistarii precoce a bolilor cronice. In cazul suspectarii existentei unei afectiuni cronice, medicul de familie va indruma asiguratul catre un medic specialist. Acesta va confirma sau va infirma suspiciunea si va stabili daca pacientul indeplineste criteriile de includere in subprogram si momentul includerii acestuia in subprogram, cu incadrarea in bugetul aprobat. Pentru unele programe exista si lista de asteptare.

Persoanele neasigurate pot beneficia de asemenea gratuit de programele nationale de sanatate din momentul diagnosticarii unei boli cuprinse in aceste programe.

Neasiguratii care suspecteaza ca au o asemenea boala trebuie insa sa se prezinte la un medic specialist, care va confirma sau infirma suspiciunea.

PROGRAMELE NATIONALE DE SANATATE CURATIVE

reprezinta un ansamblu de actiuni multianuale si au drept scop asigurarea tratamentului specific in cazul bolilor cu impact major asupra sanatatii publice.



Programele nationale de sanatate sunt elaborate de catre Ministerul Sanatatii cu participarea Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Implementarea programelor nationale de sanatate se realizeaza prin unitati de specialitate.

1. Program comunitar de sanatate publica

Subprograme:

1.2 Supravegherea si controlul infectiilor HIV/SIDA

1.3 Supravegherea si controlul tuberculozei

2. Program de prevenire si control al bolilor netransmisibile

Subprograme:

2.1 Prevenirea si combaterea bolilor cardiovasculare

2.2 Preventie si control in patologia oncologica

2.3 Preventie si diagnostic precoce in alte boli neurologice

2.4 Preventie si control in diabet si alte boli de nutritie

2.6 Preventie in patologia nefrologica si dializa

2.7 Preventie si control a hemofiliei si talasemie

2.8 Preventie in patologia endocrina


2.9 Preventie in traumatologie si in ortopedie

2.12 Transplant de organe si tesuturi


Subprogramele 1.1, 2.5, 2.10, 2.11, 2.13, 2.14, sunt finantate de la Bugetul de Stat si sunt derulate de catre Ministerul Sanatatii.

Unitatile de specialitate sunt:

- a)** institutii publice;
- b)** furnizori publici de servicii medicale;
- c)** furnizori privati de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedeaza capacitatii furnizorilor publici de servicii medicale. Stabilirea anuala la nivel judetean a capacitatii de furnizare a serviciilor medicale de catre furnizorii publici, precum si a serviciilor medicale care excedeaza capacitatii de furnizare a acestora se realizeaza de catre o comisie mixta, formata din reprezentanti ai directiei de sanatate publica si reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate;
- d)** furnizori privati de medicamente si dispozitive medicale.



Coordonarea tehnica si metodologica pentru implementarea programelor nationale de sanatate curative se asigura cu participarea expertilor desemnati coordonatori nationali prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.



Programele nationale de sanatate curative sunt finantate din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, denumit in continuare Fond, precum si din alte surse, inclusiv din donatii si sponsorizari, in conditiile legii.




Sumele alocate din bugetul Fondului pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative se utilizeaza pentru:

a) asigurarea, dupa caz, in spital si in ambulatoriu, a unor medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si altele asemenea specifice unor boli cronice cu impact major asupra sanatatii publice acordate bolnavilor inclusi in programele nationale de sanatate curative;


b) asigurarea serviciilor de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, investigatii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliul pacientilor si transportul lunar al medicamentelor si materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor;

c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigatiilor PET-CT, serviciilor prin tratament Gamma-Knife, serviciilor de diagnosticare si monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara, serviciilor de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), precum si a serviciilor de radioterapie.




Unitatile de specialitate asigura pe perioada spitalizarii toate medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele si altele asemenea care se elibereaza in cadrul programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative, necesare tratamentului bolnavilor.

Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale si altele asemenea, utilizate in unitatile sanitare cu paturi pentru tratamentul bolnavilor pe perioada spitalizarii acestora sau, dupa caz, eliberate prin farmaciile cu circuit inchis pentru tratamentul in regim ambulatoriu al bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate se achizitioneaza de catre unitatile sanitare cu paturi prin care se deruleaza programul, cu respectarea legislatiei in domeniul achizitiei publice, la pretul de achizitie, care in cazul medicamentelor nu poate depasi pretul de decontare aprobat in conditiile legii.



Serviciile medicale, inclusiv prescrierea si eliberarea medicamentelor si/sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor in cadrul programelor nationale de sanatate curative, pot fi acordate intr-o unitate sanitara in regim ambulatoriu/de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitalicesti furnizate in regim de spitalizare continua intr-o alta unitate sanitara, daca unitatea sanitara la care pacientul este internat in regim de spitalizare continua nu poate acorda serviciile.

(4) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea si eliberarea medicamentelor, asigurate bolnavilor in cadrul programului national de oncologie, pot fi acordate intr-o unitate sanitara in regim de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale furnizate in regim de spitalizare de zi in aceeaasi unitate sanitara sau intr-o alta unitate sanitara daca unitatea sanitara la care pacientul este internat in regim de spitalizare de zi nu poate acorda serviciile.




Sumele alocate pentru programele nationale de sanatate curative sunt cuprinse in bugetele de venituri si cheltuieli ale unitatilor de specialitate prin care acestea se implementeaza.

(4) Unitatile de specialitate au obligatia de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli si executia bugetului de venituri si cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele/subprogramele nationale de sanatate curative derulate.

(5) Sumele aprobate pentru derularea programelor nationale de sanatate curative se alocă la solicitarile caselor de asigurari de sanatate, pe baza cererilor fundamentate ale unitatilor de specialitate, in functie de indicatorii realizati si in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie, insotite de documentele justificative.

Pentru programele nationale de sanatate curative decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale si altele asemenea, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare si monitorizare a leucemiilor acute, serviciilor de diagnosticare genetica a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom), investigatiilor PET-CT, dozarea hemoglobinei glicozilate, precum si a serviciilor de radioterapie unitatilor de specialitate aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate se realizeaza lunar, din fondurile aprobate cu aceasta destinatie.

Decontarea serviciilor de supleere renala pentru furnizorii de dializa aflati in contract cu casele de asigurari de sanatate se realizeaza lunar de casele de asigurari de sanatate, din fondurile aprobate cu aceasta destinatie.



Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale si altele asemenea se asigura, in conditiile legii, prin farmaciile unitatilor sanitare, care au indeplinit criteriile prevazute in chestionarele de evaluare, pentru includerea in programele nationale de sanatate curative si/sau prin farmaciile cu circuit deschis, aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, dupa caz.

Unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate curative, caselor de asigurari de sanatate indicatorii specifici pe baza evidentei tehnico-operative, in format electronic si pe suport hartie, conform machetelor de raportare aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Casele de asigurari de sanatate raporteaza Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, lunar, trimestrial (cumulat de la inceputul anului) si anual, sumele contractate, sumele utilizate potrivit destinatiei acestora si indicatorii specifici conform machetelor aprobate

PROGRAMUL NATIONAL DE BOLI CARDIOVASCULARE

Obiective:

- tratamentul bolnavilor cu afecțiuni
cardiovasculare prin:**
 - a) proceduri de cardiologie interventionala;**
 - b) proceduri de chirurgie cardiovasculara;**
 - c) proceduri de chirurgie vasculara;**
 - d) proceduri de cardiologie interventionala
pentru malformatiile cardiace."**

Activitati:

- a)** tratamentul pacientilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutana in raport cu profilul clinic si aspectul morfofunctional;
- b)** tratamentul pacientilor cu aritmii rezistente la tratament conventional prin proceduri de electrofiziologie;
- c)** tratamentul pacientilor cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, in raport cu profilul clinic si electrofiziologic al aritmiei si cu starea clinica a pacientului;
- d)** tratamentul pacientilor cu aritmii complexe prin proceduri de ablatie;
- e)** tratamentul pacientilor cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul conventional prin implantarea de defibrilatoare interne
- f)** tratamentul pacientilor cu insuficienta cardiaca, durata crescuta a complexului QRS pe electrocardiograma si fractie de ejectie $< 35\%$ prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiaca severa;

Activitati:

g) tratamentul pacientilor cu patologie cardiovasculara si indicatie chirurgicala prin proceduri de chirurgie cardiovasculara (adulti si copii);

h) tratamentul pacientilor cu anevrisme aortice prin tehnici hibride;

i) tratamentul pacientilor cu stenoze aortice, declarati inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcateter;

j) tratamentul pacientilor cu insuficienta cardiaca in stadiul terminal prin asistare mecanica a circulatiei pe termen lung;

k) tratamentul pacientilor cu patologie vasculara si indicatie chirurgicala prin proceduri de chirurgie vasculara.

l) tratamentul malformatiilor cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie interventionala

Criterii de eligibilitate:

a) pentru proceduri de dilatare percutana a stenozelor arteriale: pacienti cu stenoze arteriale severe cu indicatie de dilatare percutana;

b) pentru proceduri de electrofiziologie: pacienti cu aritmii rezistente la tratamentul conventional

c) pentru implantare de stimuloare cardiace: pacienti cu bradiaritmii severe, cu indicatii de implantare de stimuloare cardiace;

d) pentru tratamentul prin proceduri de ablatie al pacientilor cu fibrilatie atriala, tahicardie atriala focala, flutter atrial atipic, extrasistole atriale si ventriculare, tahicardii ventriculare sau alte aritmii la care metodele de ablatie conventionale nu au fost eficace ori sunt considerate riscante. Ablatia este indicata la acesti pacienti cand tratamentul medicamentos sau prin alte mijloace nu a fost eficace, nu este tolerat ori nu este acceptabil de prima intentie conform ghidurilor actuale;

e) pentru implantare de defibrilatoare interne: pacienti cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratament conventional; pacienti cu risc crescut de moarte subita;

f) pentru implantare de dispozitive de resincronizare cardiaca: pacienti cu insuficienta cardiaca, durata crescuta a complexului QRS pe electrocardiograma si fractie de ejectie $< 35\%$;

g) pentru proceduri de chirurgie cardiovasculara: pacienti cu boli cardiovasculare cu indicatie chirurgicala fara contraindicatii majore;

pentru tratamentul prin tehnici hibride: pacienti cu aneurisme aortice cu acces vascular iliac sau femural adecvat, cu margine libera nonanevrismala de cel putin 1 cm de emergenta arterelor renale si un diametru vascular cu 10 - 20% mai mic decat stentul disponibil de a fi implantat, cu anatomie favorabila tratamentului endovascular (diametru peste 5 cm, diametru de 4 - 5 cm, dar care a crescut cu $> 0,5$ cm in ultimele 6 luni, diametru mai mare decat dublul calibrului aortei infrarenale, angulatie mai mica a coletului anevrismal de 60° , diametru iliac > 7 mm sau care sa permita introducerea unei teci de 19F, angulatii ale arterelor iliace $< 120^\circ$);

i) pentru tratamentul prin tehnici transcateter: pacienti cu stenoze aortice, declarati inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, respectiv cu stenoza aortica stransa simptomatice (aria $< 1 \text{ cm}^2$), cu cuspe calcificate, care nu pot beneficia de o interventie chirurgicala de protezare valvulara datorita riscului interventiei, conform unei analize din partea echipei medicochirurgicale si la care se considera ca se va putea imbunatati calitatea vietii, iar speranta de viata va fi > 1 an dupa efectuarea procedurii, precum si pacientii cu stenoza aortica stransa simptomatice si cu risc chirurgical foarte mare, la care s-ar putea efectua interventia chirurgicala, dar la care echipa medicochirurgicala in urma analizei profilului de risc individual si a profilului anatomic declara ca tratamentul este mai indicat;

pentru tratamentul prin asistare mecanica a circulatiei pe termen lung: pacienti cu insuficienta cardiaca in stadiul terminal:

- bolnavi ce au contraindicatii pentru transplantul cardiac sau ca terapie de asteptare "bridge to therapy" pentru transplant;
- bolnavi cu simptome severe si cu IC refractara la terapia conventionala ce devin dependenti de terapia cu inotrope pozitive/vasopresoare > 14 zile sau dependenti de BCIA > 7 zile si care au o scadere semnificativa a functiei sistolice ($FE\ VS < 25\%$);
- bolnavi la care $VO_2 < 14\text{ ml/kg/min}$ sau mai putin de 50% din valoarea standardizata in functie de varsta, sex si greutate;
- bolnavi la care indexul cardiac este $< 2\text{ l/min/m}^2$, in ciuda terapiei concomitente cu substante inotrope pozitive;

k) pentru proceduri de chirurgie vasculara: pacienti cu afectiuni vasculare cu indicatie chirurgicala fara contraindicatii majore.

l) pentru proceduri de cardiologie interventionala in tratamentul cu malformatiilor cardiace congenitale: pacienti cu canal arterial permeabil, defect septal interatrial, defect septal interventricular, stenoze valvulare pulmonare, stenoze valvulare aortice, coarctatie aortica, arterioseptostomii paliative in transpozitia marilor vase.

NATURA CHELTUIELILOR PROGRAMULUI

- cheltuieli pentru dispozitive medicale si materiale sanitare specifice tratamentului prin procedeele specifice.

PROGRAMUL NATIONAL DE ONCOLOGIE

Obiective:

- a)** tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice;
- b)** monitorizarea evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice;
- c)** reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare;
- d)** diagnosticul si monitorizarea leucemiilor acute la copii si adulti;
- e)** radioterapia bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi;
- f)** diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii si adulti.

Structura:

- 1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice;**
- 2. Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT;**
- 3. Subprogramul de reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare;**
- 4. Subprogramul de diagnostic si de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara la copii si adulti;**
- 5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi;**
- 6. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti.**

Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice (adulti si copii)

Activitati:

- asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu afectiuni oncologice: citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de crestere si inhibitori de osteoclaste in spital si in ambulatoriu.

Criterii de eligibilitate:

1) includerea in subprogram: dupa stabilirea diagnosticului de boala neoplazica si stadializarea extensiei tumorale, conform procedurilor recomandate de ghidurile si tratatele nationale si internationale recunoscute;

2) excluderea din subprogram: dupa epuizarea dozelor de citostatice recomandate sau a timpului de acordare a tratamentului sau la solicitarea bolnavului, dupa caz;

3) reincluderea in subprogram: la constatarea recidivei sau a progresiei bolii stabilizate, cand pacientul necesita reinstituirea tratamentului antineoplazic.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- numar de bolnavi tratati: 1 26.498;

2) indicatori de eficienta:

- cost mediu/bolnav tratat/an: 1 2.002 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de crestere, inhibitori de osteoclaste).

Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT (adulti si copii)

Activitati:

- monitorizarea evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT.

Criterii de eligibilitate:

- pentru pacienti adulti:

1) Cancere ale capului si gatului (Tumori ale sferei ORL):

a) Identificarea tumorii primare la pacientii diagnosticati clinic cu adenopatie laterocervicala unica, avand examen histopatologic de carcinom scuamos metastatic si fara detectie a localizarii primare prin alte metode imagistice (CT, IRM);

b) Evaluarea raspunsului la tratament la 3-6 luni dupa radiochimioterapie la pacientii cu mase tumorale reziduale;

c) Diagnosticul diferential al recidivei tumorale suspectate clinic, fata de efectele locale ale radioterapiei.

2) Cancerele tiroidiene

a) Detectia bolii reziduale sau a recidivei cancerului tiroidian folicular cu nivele crescute de tireoglobulina si scintigrama cu radioiod negativa;

b) Evaluarea evolutiei carcinomului medular tiroidian tratat, asociat cu nivele de calcitonina cu investigatii imagistice (CT, RMN, scintigrafie osoasa sau cu octreotide), normale sau echivoce.

"c) detectia bolii reziduale sau a recidivei cancerului tiroidian papilar cu nivel crescut de tiroglobulina si scintigrama cu radioiod negativa."

3) Cancerul mamar

a) Evaluarea leziunilor multifocale sau a suspiciunii de recurenta la pacienti cu sani densi la examen mamografic;

b) Diagnosticul diferential al plexopatiei brahiale induse de tratament fata de invazia tumorală la pacienti cu examen RMN echivoc sau normal;

c) Evaluarea extensiei bolii la pacientii cu tumori avansate loco-regional;

d) Stadializarea cazurilor cu leziuni de recidiva in urma unor rezultate ale examenelor de laborator (CA 15-3, fosfataza alcalina), cu investigatii imagistice neconcludente sau negative;

4) Cancerul pulmonar cu celule "non small"(NSCLC):

a) Stadializarea pacientilor considerati eligibili pentru interventie chirurgicala: in mod specific pacientii cu adenopatii mediastinale < 1 cm la examenul CT sau adenopatii mediastinale intre 1 si 2 cm la examenul CT si pacienti cu leziuni echivoce care ar putea reprezenta metastaze, cum ar fi marirea de volum a glandei suprarenale;

b) Caracterizarea unui nodul pulmonar solitar cu dimensiuni peste 1 cm (in special in cazul unei biopsii esuate sau in cazul in care exista un risc crescut de pneumotorax la pacientia cu comorbiditati medicale);

c) Evaluarea suspiciunii de recidiva (diagnosticul diferential intre efectele tratamentului si recidiva tumorală).

5) Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC):

- Stadializarea pacientilor cu SCLC cu boala limitata la examenul CT considerati apti pentru terapie radicala (interventie chirurgicala).

6) Neoplazii pleurale maligne:

a) Pentru ghidajul biopsiei la pacientii cu suspiciune de leziune pleurala maligna: cu ingrosare pleurala; FDG are mai mica utilitate la pacientii care prezinta doar revarsat pleural sau la cei cu istoric de pleurodeza;

b) Pentru excluderea diseminarii extratoracice la pacientii cu mezoteliom propusi pentru terapie multimodala care include chirurgie radicala/decorticare.

7) Carcinom timic:

- a) Stadializarea pacientilor considerati operabili;**
- b) Evaluarea leziunilor timice incerte daca sunt considerate a beneficia de tratament radical.**

8) Carcinoamele esofagiene:

- a) Stadializarea cazurilor cu indicatie chirurgicala radicala, incluzand pacientii care au primit tratament neoadjuvant;**
- b) Evaluarea suspiciunii de recidiva la pacientii cu investigatii radiologice negative sau echivoce.**

9) Carcinoamele gastrice:

a) Stadializarea cazurilor cu indicatie chirurgicala cu intentie de radicalitate;

b) Reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidiva, potential operabile, cu investigatii radiologice neconcludente sau negative.

10) Tumorile stromale gastrointestinale (G.I.S.T.)

a) Stadializarea preterapeutica a pacientilor care vor necesita probabil terapie sistemica;

b) Evaluarea raspunsului la terapia sistemica.

11) Carcinoame pancreatice:

a) *Diagnosticul diferential tumori maligne/tumori benigne;*

b) Stadializarea cazurilor cu indicatie chirurgicala cu intentie de radicalitate si investigatii imagistice neconcludente;

c) Reevaluarea cazurilor cu suspiciune de recidiva cu investigatii imagistice echivoce sau negative.

Nota: aproximativ 30 % din cazurile de adenocarcinom pancreatic pot sa nu capteze FDG.

12) Carcinoamele colo-rectale:

- a) Stadializarea pacientilor cu metastaze sincrone operabile la momentul diagnosticului;**
- b) Stadializarea preoperatorie in cancerul rectal;**
- c) Restadializarea pacientilor cu recidive considerate rezecabile si/sau leziuni metastatice considerate rezecabile;**
- d) Detectia recidivelor la pacienti cu markeri tumoralii in crestere si/sau suspiciune clinica de recidiva cu investigatii imagistice normale sau echivoce;**
- e) Evaluarea maselor tumorale presacrate post tratament in cancerul de rect.**

13) Carcinoamele ovariene:

- Evaluarea cazurilor cu suspiciune de recidiva in urma unor valori crescute ale CA125, cu investigatii imagistice negative sau echivoce.

14) Carcinoamele uterine:

- a)** Stadializarea sau restadializarea pacientelor cu carcinoame uterine (col/endometru) considerate apte pentru interventie chirurgicala exenterativa;

- b)** Stadializarea pacientelor cu cancer de col uterin suspionate a avea boala avansata local, (cu leziuni suspecte cum ar fi adenopatii pelvine anormale la examen RMN) sau cu risc crescut pentru adenopatii para-aortice sau leziuni metastatice la distanta;

- c)** Suspiciune de recidiva de carcinom de col uterin sau carcinom endometrial cu examene radiologice echivoce

15) Tumori ale celulelor germinale:

a) Evaluarea recidivei tumorale la pacientii cu seminom metastazat sau teratom, cu markeri tumorali crescuti sau in crestere si investigatii imagistice echivoce sau normale;

b) Evaluarea maselor reziduale la pacientii cu seminom sau teratom.

Nota: teratoamele mature diferiteiate pot sa nu capteze FDG si nu pot fi excluse in cazul unei investigatii PET-CT negative.

16) Carcinoamele anale ,vulvare si peniene:

- Stadializarea cazurilor selectate pentru tratament radical si care au investigatii imagistice echivoce.

17) Limfoame

a) Stadializarea pacientilor cu Limfom Hodgkin sau cu limfoame non -Hodgkin agresive;

b) Evaluarea de etapa a raspunsului la tratament la pacientii cu limfom Hodgkin sau limfoame non-Hodgkin agresive, dupa doua-trei cicluri de chimioterapie;

c) Stadializarea pacientilor cu limfom folicular in stadii incipiente, considerate eligibile pentru radioterapie;

d) Evaluarea raspunsului la tratament la pacientii cu limfom Hodgkin sau limfoame non-Hodgkin agresive;

e) Evaluarea suspiciunii de recidiva la pacientii simptomatici cu limfoame Hodgkin si limfoame non-Hodgkin cu examen CT/RMN neconcludent;

f) Evaluarea pacientilor pretransplant pentru aprecierea masei tumorale si a oportunitatii transplantului;

g) Stadializarea suspiciunii de recidiva post transplant;

h) Evaluarea raspunsului la tratamentul de linia a doua si la tratamentele ulterioare la pacientii cu limfoame averse FDG;

i) Excluderea afectarilor sistemice in limfoamele cutanate;

j) Determinarea extensiei si identificarea locului potrivit pentru biopsie la pacientii cu limfoame cu grad de malignitate scazut la care este suspectata transformarea in limfom cu grad inalt de malignitate.

18) Mieloame:

- a)** Evaluarea pacientilor cu plasmocitom aparent solitar sau la pacientii cu leziuni osteolitice ambigue;
- b)** Suspiciunea de recidiva la pacientii cu mielom nesecretant sau cu boala predominant extramedulara.

19) Melanomul malign:

- a)** Leziuni metastatice cu indicatie chirurgicala (ganglionare sau metastaze la distanta);
- b)** Melanom cu ganglion santinela pozitiv.

20) Tumori musculo-scheletale:

- a)** Stadializarea sarcoamelor de parti moi de grad histologic inalt, daca nu exista deja evidenta prezentei metastazelor, in special sarcoamele Ewing, rabdomiosarcoame, leiomiosarcoame, osteosarcoame, histiocitom fibros malign, sinoviosarcoame si liposarcoame mixoide;
- b)** Stadializarea pacientilor cu sarcoame metastatice avind indicatie de metastazectomie hepatica sau pulmonara atunci cand investigatiile imagistice nu au evidentiat determinari extrahepatice sau extrapulmonare care sa contraindica interventia chirurgicala;
- c)** Evaluarea raspunsului la tratament in sarcoamele de grad inalt
- d)** Evaluarea indicatiei de amputatie in sarcoamele de grad inalt, pentru excluderea determinarilor metastatice la distanta;
- e)** Evaluarea initiala (stadializarea) si a raspunsului la chimioterapie in osteosarcoame;
- f)** Stadializarea initiala si evaluarea raspunsului la tratament la pacienti cu sarcom Ewing si examen scintigrafic osos negativ.

21) Tumori neuroendocrine:

a) Stadializarea sau restadializarea pacientilor cu tumori neuroendocrine inainte de tratament, cu examen scintigrafic negativ cu metaiodobenzilguanidina (MIBG) sau cu octreotide;

"a) Evaluarea beneficiului terapeutic la incheierea tratamentului;"

b) Evaluarea determinarilor multifocale la pacientii cu paragangliom propusi pentru interventie chirurgicala.

22) Indicatii pediatrice:

a) Osteosarcoame si sarcoame Ewing- stadializare initiala si evaluarea raspunsului la chimioterapie;

b) Neuroblastom-stadializare initiala si evaluarea raspunsului la tratament;

c) Tumora Wilms-evaluare preterapeutica;

d) Histiocitoza cu celule Langherhans -evaluare preterapeutica si evaluarea raspunsului la tratament;

e) Limfoame Hodgkin si non -Hodgkin-aceleasi criterii ca si la adult;

f) Alte afectiuni maligne - aceleasi criterii ca la adult.

23) Localizarea carcinoamelor oculte la pacienti cu metastaze cu punct de plecare neprecizat. Detectia localizarii primare in situatia in care investigatiile imagistice sunt neconcludente.

Recomandarea pentru examinarea PET/CT se va face cu aprobarea comisiei de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate."

SUBPROGRAMUL DE RECONSTRUCTIE MAMARA DUPA AFECTIUNI ONCOLOGICE PRIN ENDOPROTEZARE

Activitati;

- asigurarea endoprotezelor mamare pentru reconstructia mamara dupa afectiuni oncologice.

Criterii de eligibilitate:

Criterii de includere:

- evaluare oncologica de etapa, care sa avizeze explicit indicatia de reconstructie mamara, imediata sau secundara

Criterii de excludere:

- protocol terapeutic oncologic ce nu permite efectuarea tratamentului reconstructiv;

- afectiuni sistemice severe, care in urma evaluarilor interdisciplinare contraindica interventia sau anestezia generala.

Subprogramul de diagnostic si de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara la copii si adulti

Activitati:

- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul initial si de certitudine al leucemiei acute si pentru monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute.

Criterii de includere:

a) diagnosticul initial si de certitudine al leucemiei acute:

- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de leucemie acuta dovedit obligatoriu printr- un examen citomorfologic efectuat anterior trimiterii spre investigare complexa prin imunofenotipare, citogenetica si biologie moleculara;

b) monitorizarea bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute;

- bolnavi cu diagnostic de leucemie acuta in tratament medicamentos.

Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi

Activități

- asigurarea serviciilor de radioterapie (radioterapie cu ortovoltaj, cobaltoterapie, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie IMRT, brahiterapie) a bolnavilor cu afecțiuni oncologice.

Criterii de eligibilitate a bolnavilor oncologici:

a) criterii de includere: bolnavi cu afectiuni oncologice, la recomandarea comisiei medicale de indicatie terapeutica formata din cel putin un medic radioterapeut, un medic oncolog si medicul curant al bolnavului, putand face apel in functie de caz la urmatoarele specialitati: chirurgie, chirurgie oncologica, imagistica medicala, anatomopatologie;

b) criterii de intrerupere: Intreruperea tratamentului prin radioterapie poate fi propusa de catre medicul radioterapeut curant comisiei de indicatie terapeutica in urmatoarele situatii: decizia pacientului, evolutia bolii sub tratament, aparitia de efecte secundare sau complicatii acute ale tratamentului care pun in pericol viata pacientului, evolutia la distanta a bolii in timpul radioterapiei.

Indicatii de tratament de radioterapie:

- a)** Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj - tumori cutanate, tumori superficiale la care se poate documenta ca izodoza de 90% se suprapune tumorii, in conditii ideale (constante electrice, filtrare, geometria fasciculelor), tumori semiprofunde si profunde;
- b)** Cobaltoterapie - radioterapie 2D, cu indicatii similare iradierii cu accelerator liniar 2D;
- c)** Radioterapie cu accelerator liniar 2D - tratamente paliative sau simptomatice, tratamente cu intentie curativa la pacienti selectionati (pelvis prin tehnica "box", cancer mamar, cancere ORL - ex. cancer laringian operat);
- d)** Radioterapie cu accelerator liniar 3D - tratamente cu intentie curativa, paliatie sau tratamente simptomatice la pacienti selectionati - speranta de viata neafectata de patologie asociata, tumori cerebrale, iradiieri profilactice;
- e)** IMRT - tratamentul radiologic in cancerele ORL, cancerul prostatei, iradierea recidivelor sau a tumorilor dupa "geographic miss", in toate situatiile in care se poate documenta o distributie mai buna a dozei fata de iradierea 3D conformationala - tumori cerebrale sau ale sistemului nervos central (ex. iradiere cranio-spinala), iradiere dupa interventii limitate in cancerul mamar, la paciente cu sani mari, iradierea peretelui toracic dupa mastectomie, cancer esofagian, cancer pulmonar cu intentie curativa, cancer al canalului anal, cancerul traheei, radioterapie pediatrica;

f) Brahiterapie:

a. Brahiterapie intracavitara - iradiere exclusiva sau suplimentarea dozei in cancerele colului si corpului uterin, iradiere paliativa endobronsica sau esofagiana, cancere ale rinofaringelui accesibile, pentru suplimentarea dozei sau iradierea paliativa a recidivelor, cancerul foselor nazale, cancerul conductului auditiv extern, tumori ale vaginului, rectului si anusului;

b. Brahiterapie interstitiala - cancerul canalului anal, cancerul sanului, cancerul prostatei, cancerul pleoapei, sarcoame, tumori superficiale;

c. Brahiterapie de contact - foloseste aplicatori speciali, pentru tumori cutanate sau superficiale.

Unitati care deruleaza subprogramul:

- a)** unitatile sanitare publice cu structuri de profil;
- b)** unitati sanitare private autorizate/avizate si evaluate in conditiile legii;
- c)** unitati sanitare apartinand ministerelor cu retea sanitara proprie care au structuri de profil.

Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti

Activitati:


- asigurarea serviciilor pentru diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulti.

Criterii de includere:

- bolnavi cu diagnostic prezumtiv de tumori solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom).




AP - IMA



(1) Actiunile prioritare pentru tratamentul pacientilor cu infarct miocardic acut, denumite in continuare AP-IMA, ale caror costuri nu pot fi acoperite din fondurile obtinute pe baza contractelor cu casele de asigurari judetene si a municipiului Bucuresti, se finanteaza si se deruleaza in conformitate cu prevederile prezentului ordin.

(2) AP-IMA sunt elaborate, derulate si finantate de catre Ministerul Sanatatii si se implementeaza prin spitale cu structuri de cardiologie.




În vederea coordonării din punct de vedere științific și metodologic la nivel național a AP-IMA, pentru anii 2020-2023, se constituie un colectiv de lucru format din specialiști în specialitatea cardiologie, denumit în continuare CLIMA, în conformitate cu prevederile art. 15 din Hotărârea Guvernului [nr. 144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

(2) CL-IMA are următoarea componentă: 4 membri, din care unul este secretarul de stat care are în coordonare AP-IMA.

(3) Desemnarea componentei CL-IMA se realizează de către ministrul sănătății.

(4) Componenta CL-IMA se stabilește prin ordin al ministrului sănătății.



In exercitarea atributiilor sale, CL-IMA formuleaza propuneri, fundamentari, analize, recomandari si informari referitoare la AP-IMA, pe care le transmite Serviciului medicina de urgenta.

(2) Secretariatul tehnic permanent al CL-IMA se asigura de catre Serviciul medicina de urgenta

(3) CL-IMA isi desfasoara activitatea in sedinte organizate ori de cate ori este nevoie, la solicitarea ministrului sanatatii sau a secretarului de stat care are in coordonare AP-IMA.

(4) Sedintele sunt legal constituite in prezenta majoritatii simple a CL-IMA.

CL-IMA este coordonatorul national al AP-IMA din punct de vedere stiintific si metodologic, iar Serviciul medicina de urgenta reprezinta structura centrala a Ministerului Sanatatii responsabila cu coordonarea administrativa a acestei actiuni.

(2) La nivelul spitalului, derularea si monitorizarea AP-IMA se realizeaza de catre un coordonator desemnat de catre managerul spitalului cu aprobarea CL-IMA; acesta poate fi seful de sectie sau un alt medic din cadrul structurii care deruleaza AP-IMA.

(3) Numele si datele de contact ale coordonatorului - numar telefon fix, numar telefon mobil, fax, e-mail, adresa postala a spitalului si a sectiei, in cazul in care acestea difera - vor fi comunicate Serviciului medicina de urgenta din Ministerul Sanatatii.

(4) Atunci cand derularea AP-IMA intr-un spital se realizeaza prin mai multe structuri de cardiologie, managerul desemneaza un coordonator la nivelul spitalului cu aprobarea CL-IMA, iar repartitia fondurilor alocate fiecărei structuri se stabileste de catre managerul spitalului, la propunerea coordonatorului si dupa o consultare cu sefii structurilor implicate in AP-IMA.

Spitalele care deruleaza AP-IMA au obligatia gestionarii eficiente a mijloacelor materiale si banesti si a organizarii evidentei contabile a cheltuielilor, precum si a organizarii evidentei nominale, pe baza de cod numeric personal, a beneficiarilor AP-IMA.

- AP-IMA se finanteaza de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sanatatii de la titlurile bugetare 20 „Bunuri si servicii” si 51 „Transferuri intre unitati ale administratiei publice”, prevazute in Clasificatia indicatorilor privind finantele publice.

- (1) Pentru fondurile alocate la titlul 20 „Bunuri si servicii”, directiile de sanatate publica incheie contracte pentru derularea AP-IMA, conform modelului prevazut in anexa nr. 1 cu spitalele nominalizate prin prezentul ordin, din subordinea autoritatilor publice locale, ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie.

- (2) De la titlul 51 „Transferuri intre unitati ale administratiei publice” se finanteaza cheltuielile aferente activitatilor prevazute in AP-IMA desfasurate de spitalele din subordinea Ministerului Sanatatii, nominalizate in prezentul ordin.

- (3) Din fondurile alocate spitalele pot finanta activitati specifice AP-IMA.

- (4) Din fondurile alocate AP-IMA spitalele nu pot finanta cheltuieli de natura utilitatilor si cheltuieli de capital.

Finantarea AP-IMA din bugetul Ministerului Sanatatii se face lunar, pe total titlu, pe baza cererilor fundamentate ale ordonatorilor de credite secundari si tertari, insotite de documentele justificative ale acestora, semnate si parafate lizibil de coordonatorul, in raport cu:

- a) gradul de utilizare a fondurilor puse la dispozitie anterior;
- b) disponibilul din cont ramas neutilizat;
- c) indicatorii fizici realizati in perioada anterioara;
- d) bugetul aprobat cu aceasta destinatie.

(6) Cererile de finantare fundamentate ale ordonatorilor de credite, detaliate pe tipuri de cheltuieli, se transmit spre avizare Serviciului medicina de urgenta, in format electronic la adresa de e-mail ima@ms.ro, pana cel tarziu in data de 5 a lunii pentru care se face finantarea.

(7) Cererea de finantare fundamentata este insotita de cererea detaliata pe tipuri de cheltuieli, al carei model este prevazut in anexa nr. 3, precum si de borderoul centralizator.

(8) Cererile de finantare transmise de catre ordonatorii de credite Acestea se finanteaza in luna urmatoare celei pentru care a fost transmisa solicitarea.

Sumele alocate pentru AP-IMA sunt cuprinse in bugetele de venituri si cheltuieli ale directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti, respectiv ale spitalelor, se aproba odata cu acestea si se utilizeaza numai potrivit destinatiilor stabilite.

(1) In baza contractelor incheiate conform prevederilor art. 7 alin.

(1) directiile de sanatate publica deconteaza cheltuieli de natura bunurilor contractate pentru desfasurarea activitatilor prevazute in AP-IMA.

(2) Directiile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti deconteaza contravaloarea bunurilor acordate pentru desfasurarea activitatilor prevazute in AP-IMA, in limita sumelor disponibile cu aceasta destinatie, in ordinea cronologica a documentelor justificative depuse, in termen de pana la 60 de zile calendaristice de la data depunerii acestora pentru bunurile achizitionate conform contractelor incheiate.

Coordonatorii AP-IMA, desemnati la nivelul spitalului au urmatoarele obligatii cu privire la monitorizarea activitatilor cuprinse in cadrul acestora:

- a) organizeaza evidenta nominala a beneficiarilor AP-IMA, pe baza de cod numeric personal, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date;
- b) raporteaza conducerea spitalului, lunar si anual, in primele 5 zile dupa incheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii specifici AP-IMA, in conditiile prezentului ordin;
- c) monitorizeaza modul de derulare a AP-IMA pe care le coordoneaza;
- d) monitorizeaza permanent consumul de materiale sanitare si medicamente care se acorda in cadrul AP-IMA;
- e) intocmesc un raport de activitate lunar, respectiv anual, pe care il transmit conducerii institutiei pana la data de 10 a lunii urmatoare celei pentru care raporteaza; raportul de activitate cuprinde: stadiul realizarii activitatilor prevazute in cadrul AP-IMA, analiza comparativa a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel national prevazute in prezentul ordin, probleme si disfunctionalitati intampinate in realizarea activitatilor, propuneri de imbunatatire a modului de derulare a AP-IMA;
- f) informeaza permanent conducerea institutiei cu privire la disfunctionalitatile identificate in derularea AP-IMA si propune masuri de solutionare a acestora;
- g) avizeaza documentele justificative (facturile) care insotesc cererile de finantare lunara;
- h) organizeaza raportarea cazurilor in Registrul national de infarct de miocard acut.

Ordonatorii de credite secundari si tertiar au urmatoarele obligatii in realizarea AP-IMA:

- a) utilizeaza fondurile in limita bugetului aprobat si potrivit destinatiei specificate, cu respectarea dispozitiilor legale;
 - b) gestioneaza eficient mijloacele materiale si banesti;
 - c) organizeaza evidenta contabila a cheltuielilor pe subdiviziunile clasificatiei bugetare;
 - d) raporteaza indicatorii specifici prevazuti in AP-IMA, in conditiile prezentului ordin;
 - e) transmite Serviciului medicina de urgenta sau directiilor de sanatate publica, dupa caz, cererile de finantare fundamentate, insotite de documentele justificative, in conditiile prezentului ordin;
 - f) completeaza fisele de post ale coordonatorilor desemnati cu atributiile corespunzatoare activitatilor prevazute in cadrul AP-IMA;
 - g) organizeaza, prin directorul financiar-contabil al spitalului si/sau al institutiei publice prin care se deruleaza AP-IMA, evidentele contabile, evidentele tehnico-operative ale spitalului/institutiei publice, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
 - h) transmite structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sanatatii orice alte date referitoare la AP-IMA pe care le deruleaza si raspund de exactitatea si realitatea datelor raportate;
 - i) transmite lunar Serviciului medicina de urgenta, in primele 20 de zile calendaristice ale lunii curente pentru luna precedenta, executia bugetara a bugetului aprobat pentru APIMA derulate;
 - j) achizitioneaza materiale sanitare si medicamente cu respectarea legislatiei in vigoare din domeniul achizitiilor publice.
- (2) La nivelul directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti directorul executiv al directiei desemneaza o persoana responsabila cu coordonarea AP-IMA, care are completate in fisa de post atributiile specifice.

Raportarea indicatorilor specifici AP-IMA se realizeaza trimestrial (cumulat de la inceputul anului) si anual, in format electronic, conform modelului de raportare prevazut in anexa nr. 4 - Borderou centralizator.

- Costul mediu se calculeaza ca raport intre cheltuielile efective si indicatorii fizici realizati. In cazul in care au fost finantate si alte actiuni pentru care nu au fost stabiliti indicatori fizici, acestea vor fi evidentiatae distinct, indicandu-se cheltuiala pe fiecare actiune.

- Monitorizarea activitatilor cuprinse in AP-IMA se refera la:

- a) modul de realizare si de raportare a indicatorilor prevazuti in prezentul ordin;
- b) incadrarea in bugetul aprobat;
- c) respectarea destinatiilor stabilite pentru fondurile alocate spitalelor care deruleaza AP-IMA;
- d) urmarirea respectarii de catre persoanele implicate a responsabilitatilor stabilite prin prezentul ordin referitoare la derularea AP-IMA;
- e) identificarea unor posibile disfunctionalitati in derularea AP-IMA.

Criteriile de eligibilitate pentru unitatile care deruleaza AP-IMA sunt:

- a) sistem de garda dedicata pentru tratamentul infarctului miocardic acut (sindroamelor coronariene acute cu supradenivelare de segment ST) prin interventii coronariene percutane;
- b) experienta de cel putin 400 de proceduri de dilatare coronariana/an;
- c) dotarea existenta (accesul la cel putin un angiograf);
- d) prezenta personalului calificat (cel putin 2 medici, o asistenta si o infirmiera, disponibili pe tot parcursul programului garzii dedicate);
- e) sectie de cardiologie care are capacitatea de a prelua si monitoriza toate cazurile rezolvate prin proceduri de dilatare coronariana;
- f) sectie/compartimente de anestezie terapie intensiva, cu cel putin o linie de garda in spital.

(2) Managerul spitalului va trimite Serviciului medicina de urgenta din cadrul Ministerului Sanatatii in termen de 30 de zile de la data intrarii in vigoare a prezentului ordin o declaratie cu privire la indeplinirea tuturor criteriilor de eligibilitate prevazute la alin. (1).

(3) Managerul spitalului nominalizat sa desfasoare AP-IMA este obligat ca in termen de 5 zile sa notifice Serviciul medicina de urgenta din cadrul Ministerului Sanatatii despre situatia in care criteriile de eligibilitate de la alin. (1) nu mai sunt respectate.



AP-ATI

Modul de administrare, finantare si implementare a actiunilor prioritare pentru monitorizarea, tratamentul si ingrijirea pacientilor critici din sectiile ATI adulti/copii si terapie intensiva nou-nascuti, denumite in continuare AP-ATI, se deruleaza in conformitate cu prevederile prezentului ordin.

(2) Actiunile prioritare prevazute la alin. (1) se adreseaza pacientilor critici din sectiile ATI adulti/copii si terapie intensiva nou-nascuti, finantand costurile specifice pentru tratamentul acestor pacienti care nu pot fi acoperite din fondurile obtinute pe baza contractelor cu casele de asigurari judetene, a municipiului Bucuresti si Casei de Asigurari de Sanatate a Armatei, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti (C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.).

(3) AP-ATI sunt elaborate, derulate si finantate de catre Ministerul Sanatatii si se implementeaza prin unitati sanitare care au in structura sectii/compartimente ATI adulti/copii si terapie intensiva nou-nascuti si care asigura tratament definitiv in specialitatile de profil.

(1) În vederea coordonării din punct de vedere științific și metodologic la nivel național a AP-ATI, pentru anii 2020-2023, se constituie un colectiv de lucru format din specialiști în specialitatea anestezie și terapie intensivă, în conformitate cu prevederile art. 15 din Hotărârea Guvernului [nr. 144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Colectivul de lucru al AP-ATI, denumit în continuare CL-ATI, are în componență: 4 membri, din care unul este secretarul de stat care are în coordonare AP-ATI.

(3) Componenta CL-ATI se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

- (1) În exercitarea atribuțiilor sale, CL-ATI formulează propuneri, fundamentări, analize, recomandări și informări referitoare la AP-ATI, pe care le transmite Serviciului medicină de urgență.

(2) Secretariatul tehnic permanent al CL-ATI se asigură de către Serviciul medicină de urgență.

(3) CL-ATI își desfășoară activitatea în ședințe organizate ori de câte ori este nevoie, la solicitarea ministrului sănătății sau a secretarului de stat care are în coordonare AP-ATI.

(4) Ședințele sunt legal constituite în prezenta majorității simple a CL-ATI.

CL-ATI este coordonatorul national al AP-ATI din punct de vedere stiintific si metodologic, iar Serviciul medicina de urgenta reprezinta structura centrala a Ministerului Sanatatii responsabila cu coordonarea administrativa a acestei actiuni.

(2) La nivelul spitalului, derularea si monitorizarea AP-ATI se realizeaza de catre un coordonator desemnat de catre managerul spitalului, cu aprobarea CL-ATI; acesta poate fi seful de sectie sau un alt medic din cadrul structurii care deruleaza AP-ATI.

(3) Numele si datele de contact ale coordonatorului - numar telefon fix, numar telefon mobil, fax, e-mail, adresa postala a spitalului si a sectiei in cazul in care acestea difera - vor fi comunicate Serviciului medicina de urgenta din Ministerul Sanatatii.

(4) Atunci cand derularea AP-ATI intr-un spital se realizeaza prin mai multe structuri de anestezie si terapie intensiva, managerul desemneaza un coordonator la nivelul spitalului cu aprobarea CL-ATI, iar repartitia fondurilor alocate fiecarei structuri se stabileste de catre managerul spitalului, la propunerea coordonatorului si dupa o consultare cu sefii structurilor implicate in AP-ATI.

- Spitalele care deruleaza AP-ATI au obligatia gestionarii eficiente a mijloacelor materiale si banesti si a organizarii evidentei contabile a cheltuielilor, precum si a organizarii evidentei nominale, pe baza de cod numeric personal, a beneficiarilor AP-ATI.

- AP-ATI se finanteaza de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sanatatii de la titlurile bugetare 20 „Bunuri si servicii” si 51 „Transferuri intre unitati ale administratiei publice”, prevazute in Clasificatia indicatorilor privind finantele publice.

(1) Pentru fondurile alocate la titlul 20 „Bunuri si servicii“, directiile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti incheie contracte pentru derularea AP-ATI, conform modelului prevazut in anexa nr. 1, cu spitalele nominalizate in prezentul ordin aflate in subordinea autoritatilor publice locale, ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie.

(2) De la titlul 51 „Transferuri intre unitati ale administratiei publice“ se finanteaza cheltuielile aferente activitatilor prevazute in AP-ATI desfasurate de spitalele aflate in subordinea Ministerului Sanatatii, nominalizate in prezentul ordin sa deruleze AP-ATI.

(3) Din fondurile alocate spitalele pot finanta activitati specifice AP-ATI.

(4) Din fondurile alocate AP-ATI spitalele nu pot finanta cheltuieli de natura utilitatilor si cheltuieli de capital.

(5) Finantarea AP-ATI din bugetul Ministerului Sanatatii se face lunar, pe total titlu, pe baza cererilor fundamentate ale ordonatorilor de credite secundari si tertari, insotite de documentele justificative ale acestora, semnate si parafate lizibil de coordonator, in raport cu:

a) gradul de utilizare a fondurilor puse la dispozitie anterior;

b) disponibilul din cont ramas neutilizat;

c) indicatorii fizici realizati in perioada anterioara;

d) bugetul aprobat cu aceasta destinatie.

(6) Cererile de finantare fundamentate ale ordonatorilor de credite, detaliate pe tipuri de cheltuieli, se transmit spre avizare Serviciului medicina de urgenta, in format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro, pana cel tarziu in data de 5 a lunii pentru care se face finantarea.

(7) Cererea de finantare fundamentata este insotita de cererea detaliata pe tipuri de cheltuieli, al carei model este prevazut in anexa nr. 3, precum si de borderoul centralizator.

(8) Cererile de finantare transmise de catre ordonatorii de credite dupa termenul prevazut nu vor fi finantate in luna pentru care se face solicitarea. Acestea se finanteaza in luna urmatoare celei pentru care a fost transmisa solicitarea, in baza unei noi cereri transmise in termenul prevazut, cu incadrarea in limitele alocarilor bugetare.

- Sumele alocate pentru AP-ATI sunt cuprinse in bugetele de venituri si cheltuieli ale directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti, respectiv ale spitalelor, se aproba odata cu acestea si se utilizeaza numai potrivit destinatiilor stabilite.

- (1) In baza contractelor incheiate conform prevederilor art. 7 alin. (1), directiile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti deconteaza cheltuieli de natura bunurilor achizitionate pentru desfasurarea activitatilor prevazute in AP-ATI.

(2) Directiile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti deconteaza contravaloarea bunurilor achizitionate pentru desfasurarea activitatilor prevazute in AP-ATI, in limita sumelor disponibile cu aceasta destinatie, in ordinea cronologica a documentelor justificative depuse, in termen de pana la 60 de zile calendaristice de la data depunerii acestora, pentru bunurile achizitionate conform contractelor incheiate.

Spitalele care deruleaza AP-ATI au urmatoarele atributii:

a) organizeaza evidenta nominala a beneficiarilor AP-ATI, pe baza de cod numeric personal, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, precum si decontul individual al fiecarui pacient care a beneficiat de fonduri din AP-ATI;

b) raporteaza directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti sau, dupa caz, Serviciului medicina de urgenta, in format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro, in functie de subordonare, trimestrial (cumulat de la inceputul anului) si anual, in primele 20 de zile dupa incheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii specifici AP-ATI, in conditiile prezentului ordin;

c) monitorizeaza modul de derulare a AP-ATI;

d) intocmesc un raport de activitate centralizat lunar, respectiv anual, pe baza rapoartelor de activitate transmise de coordonatorii AP-ATI;

e) transmit CL-ATI si, in functie de subordonare, Serviciului de medicina de urgenta in format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro sau directiei de sanatate publica, dupa caz, date pentru intocmirea raportului de activitate prevazut la art. 13 lit. e), pana la data de 20 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;

f) raportul de activitate centralizat prevazut la lit. e) cuprinde: stadiul realizarii activitatilor prevazute in cadrul AP-ATI, analiza comparativa a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel national prevazute in prezentul ordin, probleme si disfunctionalitati intampinate in realizarea activitatilor, propuneri de imbunatatire a modului de derulare a AP-ATI.

g) raporteaza zilnic numarul de paturi libere din sectiile de ATI, conform prevederilor Ordinului ministrului sanatatii [nr. 905/2009](#) privind infiintarea Dispeceratului unic pentru centralizarea paturilor libere care se asigura de catre spitalele de urgenta din municipiul Bucuresti pentru internarea pacientilor proveniti din unitatile de primire a urgentelor (UPU) sau compartimentele de primire a urgentelor (CPU), cu modificarile ulterioare.

- Coordonatorii AP-ATI, desemnati la nivel de spital au urmatoarele obligatii cu privire la monitorizarea activitatilor cuprinse in cadrul acestora:

a) organizeaza evidenta nominala a beneficiarilor AP-ATI, pe baza de cod numeric personal, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date;

b) raporteaza conducerii spitalului, trimestrial si anual, in primele 5 zile dupa incheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii specifici AP-ATI, in conditiile prezentului ordin;

c) monitorizeaza modul de derulare a AP-ATI pe care o coordoneaza;

d) monitorizeaza permanent consumul de materiale sanitare si medicamente care se acorda in cadrul AP-ATI;

e) intocmesc un raport de activitate trimestrial, respectiv anual, pe care il transmit conducerii institutiei pana la data de 10 a lunii urmatoare celei pentru care raporteaza; raportul de activitate cuprinde: stadiul realizarii activitatilor prevazute in cadrul AP-ATI, analiza comparativa a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel national, probleme si disfunctionalitati intampinate in realizarea activitatilor, propuneri de imbunatatire a modului de derulare a AP-ATI;

f) informeaza permanent conducerea institutiei cu privire la disfunctionalitatile identificate in derularea AP-ATI si propune masuri de solutionare a acestora;

g) avizeaza documentele justificative (facturile) care insotesc cererile de finantare lunara;

h) inregistreaza cazurile de boala in registrul national specific patologiei tratate.

i) intocmeste lista de inventariere a materiilor prime si materialelor, avand astfel o gestiune permanenta a stocurilor necesare pentru buna functionare a programului AP-ATI pe o perioada de cel putin 30 de zile.

Ordonatorii de credite secundari si tertiar prin care se deruleaza AP-ATI au urmatoarele obligatii in realizarea AP-ATI:

- a) utilizeaza fondurile in limita bugetului aprobat si potrivit destinatiei specificate, cu respectarea dispozitiilor legale;
- b) gestioneaza eficient mijloacele materiale si banesti;
- c) organizeaza evidenta contabila a cheltuielilor pe surse de finantare si pe subdiviziunile clasificatiei bugetare;
- d) raporteaza indicatorii specifici prevazuti in AP-ATI, in conditiile prezentului ordin;
- e) transmite Serviciului medicina de urgenta sau directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti, dupa caz, cererile de finantare fundamentate, insotite de documentele justificative, in conditiile prezentului ordin;
- f) completeaza fisele de post ale coordonatorilor desemnati cu atributiile corespunzatoare activitatilor prevazute in cadrul AP-ATI;
- g) organizeaza, prin directorul financiar contabil al spitalului abilitat si/sau al institutiei publice prin care se deruleaza AP-ATI, evidentele contabile, evidentele tehnico-operative ale spitalului abilitat/institutiei publice, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;
- h) transmite structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sanatatii orice alte date referitoare la AP-ATI pe care le deruleaza si raspund de exactitatea si realitatea datelor raportate;
- i) transmite lunar Serviciului medicina de urgenta, in primele 20 de zile calendaristice ale lunii curente pentru luna precedenta, executia bugetara a bugetului aprobat pentru APATI derulate;
- j) achizitioneaza materiale sanitare si medicamente cu respectarea legislatiei in vigoare din domeniul achizitiilor publice.

(2) La nivelul directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti directorul executiv al directiei desemneaza o persoana responsabila cu coordonarea AP-ATI, care are completate in fisa de post atributiile specifice.

Raportarea indicatorilor specifici AP-ATI se realizeaza trimestrial (cumulat de la inceputul anului) si anual, atat in format electronic, conform modelului de raportare prevazut in anexa nr. 4 - Borderou centralizator.

- Costul mediu se calculeaza ca raport intre cheltuielile efective si indicatorii fizici realizati. In cazul in care au fost finantate si alte actiuni pentru care nu au fost stabiliti indicatori fizici, acestea vor fi evidentiata distinct, indicandu-se cheltuiala pe fiecare actiune.

- Monitorizarea activitatilor cuprinse in AP-ATI se refera la:

- a) modul de realizare si de raportare a indicatorilor prevazuti in prezentul ordin;

- b) incadrarea in bugetul aprobat;

- c) respectarea destinatiilor stabilite pentru fondurile alocate spitalelor care deruleaza AP-ATI;

- d) urmarirea respectarii de catre persoanele implicate a responsabilitatilor stabilite prin prezentul ordin referitoare la derularea AP-ATI;

- e) identificarea unor posibile disfunctionalitati in derularea AP-ATI.

(1) Criteriile de eligibilitate pentru unitatile care deruleaza AP-ATI sunt:

a) sistem de garda dedicata de anestezie si terapie intensiva;

b) dotare minimala incluzand:

(i) aparate de ventilatie artificiala;

(ii) monitoare functii vitale;

(iii) infuzomate/injectomate;

(iv) defibrilatoare;

(v) aparatura de laborator punct de lucru local („point of care“);

c) unitati de nivel III clasificate conform Ordinului ministrului sanatatii nr. 910/2002*) privind criteriile de ierarhizare a sectiilor de spital de specialitate obstetrica, ginecologie si neonatologie, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Managerul spitalului va trimite la Serviciul medicina de urgenta din cadrul Ministerului Sanatatii in termen de 30 de zile de la data intrarii in vigoare a prezentului ordin o declaratie cu privire la indeplinirea tuturor criteriilor de eligibilitate prevazute la alin. (1).

(3) Managerul spitalului nominalizat sa desfasoare AP-ATI este obligat ca in termen de 5 zile sa notifice Serviciul medicina de urgenta din cadrul Ministerului Sanatatii despre situatia in care criteriile de eligibilitate nu mai sunt respectate.