

Ordin nr. 1281/2009

din 13/10/2009

privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular
Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 740 din 30/10/2009, Actul a intrat în vigoare la data de 30 octombrie 2009

Nr. 1.281/893

Ministerul Sănătății

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Văzând referatele de aprobare nr. A.V. 382 din 12 octombrie 2009 al Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe din cadrul Ministerului Sănătății și nr. D.G. 2.622 din 18 octombrie 2009 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere prevederile art. 48 alin. (1) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ale Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 417/431/2009 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul prevederilor art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 1.718/2008 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare, ministrul sănătății, interimar, și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. 1. - Se aprobă Normele metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. - Direcțiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, direcțiile de sănătate publică, casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, furnizorii de servicii medicale, precum și alte instituții implicate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 3. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sănătății, interimar,
Cristian Anton Irimie,
secretar de stat

Președintele Casei Naționale de Asigurări
de Sănătate,
Irinel Popescu

ANEXĂ

NORME METODOLOGICE

pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul
Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților
cu factori de risc cardiovascular

CAPITOLUL 1

Organizarea Subprogramului

1.1. Scop: Subprogramul de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular, denumit în continuare Subprogram, are ca scop reducerea morbidității și mortalității prin boli cardiovasculare, prin:

- a) cunoașterea ponderii în populație a factorilor determinanți pentru bolile cardiovasculare, diagnosticarea precoce și monitorizarea acestor boli pentru evitarea deceselor premature;
- b) îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin prevenirea, controlul și monitorizarea bolilor cardiovasculare;
- c) îmbunătățirea calității vieții și prelungirea duratei medii de viață pentru alinierea la standardele Uniunii Europene;
- d) îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate al întregii populații a României.

1.2. Obiective:

1.2.1. Prevenirea bolilor cardiovasculare prin:

- a) evaluarea stării de sănătate a populației și a factorilor de risc cardiovascular, în vederea păstrării și promovării sănătății, precum și a prevenirii bolilor cardiovasculare și a complicațiilor acestora;
- b) cunoașterea ponderii factorilor de risc cardiovascular pentru bolile cardiovasculare;
- c) cunoașterea exactă a riscului cardiovascular global al populației din România, în scop epidemiologic, pentru o mai bună planificare a măsurilor de prevenție ulterioare;
- d) îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin creșterea accesului populației la servicii de asistență medicală preventivă și creșterea speranței de viață;
- e) efectuarea de consiliere și screening clinico-biologic, în vederea depistării precoce a afecțiunilor cardiovasculare în funcție de factorii de risc cardiovascular identificați în cadrul Subprogramului;
- f) implementarea unui model unic de evaluare a riscului cardiovascular (SCORE), agreat la nivel european.

1.2.2. Creșterea numărului de persoane care beneficiază de instituirea precoce a măsurilor de prevenție a bolilor cardiovasculare, în conformitate cu ghidurile Societății Europene de Cardiologie

1.2.3. Realizarea, implementarea și managementul Registrului național al pacienților cu risc cardiovascular înalt

1.3. Activitățile prevăzute în cadrul Subprogramului reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale și sunt cuprinse în Programul național de boli cardiovasculare.

1.3.1. Activități preliminare Subprogramului:

a) identificarea și selecționarea cabinetelor de medicină de familie aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care au acces la internet în vederea derulării Subprogramului;

b) încheierea contractelor între casele de asigurări de sănătate și cabinetele de medicină de familie selectate în vederea derulării Subprogramului;

c) informarea și instruirea medicilor de familie privind modul de evaluare a factorilor de risc, precum și a condițiilor în care se derulează Subprogramul;

d) realizarea unei baze de date on-line pentru evidența pacienților cu risc cardiovascular înalt la nivel județean și național.

1.3.2. Activități în cadrul implementării și derulării Subprogramului:

a) selectarea persoanelor eligibile în vederea participării la Subprogram;

b) evaluarea persoanelor eligibile și calcularea riscului cardiovascular global utilizând HeartScore;

c) încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

d) stabilirea necesarului de servicii medicale preventive care vor fi efectuate, în funcție de riscul cardiovascular stabilit și pe baza graficului activităților preventive;

e) înregistrarea de către medicul de familie a pacienților cu risc cardiovascular înalt într-o bază de date comună, disponibilă on-line;

f) aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;

g) consiliere și recomandarea efectuării investigațiilor clinice și paraclinice de tip test screening și test diagnostic pe baza riscului individual stabilit în urma utilizării HeartScore;

h) centralizarea și raportarea lunară a datelor către direcțiile de sănătate publică;

i) calcularea ponderii factorilor de risc cardiovascular în rândul populației;

j) informarea și instruirea medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în ceea ce privește respectarea legislației referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

1.3.3. Realizarea, implementarea și managementul Registrului național al pacienților cu risc cardiovascular înalt.

CAPITOLUL 2

Servicii efectuate în cadrul Subprogramului

2.1. Medicul de familie realizează următoarele servicii în cadrul Subprogramului:

a) introducerea datelor de identificare, precum și a datelor rezultate din evaluarea persoanelor eligibile în baza de date comună, disponibilă on-line;

b) examinarea clinică a persoanelor eligibile;

c) identificarea și investigarea riscului și a cumulului de factori de risc prin programul HeartScore, conform prevederilor prezentelor norme metodologice;

d) întocmirea Fișei de evaluare individuală a persoanelor în cadrul Subprogramului, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1, cu respectarea instrucțiunilor de completare a acesteia, prevăzute în anexa nr. 2;

e) consilierea persoanelor evaluate în cadrul Subprogramului în funcție de categoria de risc cardiovascular în care au fost încadrate cu ajutorul programului HeartScore și în conformitate cu recomandările Ghidului european de prevenție a bolilor cardiovasculare;

f) recomandarea, după caz, a unor investigații suplimentare (clinice sau paraclinice) în funcție de riscul individual stabilit în cadrul Subprogramului;

g) depistarea precoce a bolilor cardiovasculare și a complicațiilor acestora, în funcție de categoria de risc cardiovascular în care a fost încadrată cu ajutorul programului HeartScore;

h) întocmirea planului individual de supraveghere a fiecărei persoane, în funcție de categoria de risc cardiovascular în care a fost încadrată cu ajutorul programului HeartScore.

2.2. Identificarea și investigarea riscului și a cumulului de factori de risc prin programul HeartScore se realizează după cum urmează:

2.2.1. Medicul de familie aplică modelul de calcul "SCORE" al Societății Europene de Cardiologie pentru calcularea riscului de mortalitate prin boala cardiovasculară la 10 ani, model care implică introducerea următoarelor 5 variabile: vârstă, sexul, fumatul, valoarea TA și valoarea colesterolului.

2.2.2. Rezultatele aplicării modelului de calcul "SCORE" sunt următoarele:

a) calcularea riscului cardiovascular global;

b) încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular;

c) înregistrarea de către medicul de familie a pacienților cu risc cardiovascular într-o bază de date comună;

d) identificarea pacienților cu risc redus < 5% la care este necesară și obligatorie aplicarea măsurilor de prevenție;

- e) identificarea pacienților cu risc crescut > 5% care necesită trimitere pentru examene medicale de specialitate suplimentare (cardiologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, nefrologie și altele, după caz) în vederea diagnosticului precoce al bolilor cardiovasculare și al aplicării optime a măsurilor de prevenție prevăzute în anexa nr. 3 "Strategia de screening al populației în vederea aplicării optime a măsurilor de prevenție cardiovasculară";
- f) aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- g) centralizarea și raportarea lunară a datelor înregistrate.

CAPITOLUL 3

Finanțarea Subprogramului

3.1. Subprogramul se finanțează din bugetul Ministerului Sănătății, prin transfer către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

3.2. Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București asigură implementarea și finanțarea Subprogramului la nivel local.

3.3. Sumele alocate prin transfer din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru realizarea activităților Subprogramului, potrivit dispozițiilor prezentelor norme metodologice.

3.4. Natura cheltuielilor: bunuri și servicii, cheltuieli materiale, prestări de servicii cu caracter funcțional.

CAPITOLUL 4

Responsabilități în elaborarea, implementarea și monitorizarea Subprogramului

4.1. Ministerul Sănătății:

a) asigură, prin Direcția generală buget și credite externe, cu avizul prealabil al Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe, finanțarea programului potrivit bugetului aprobat, prin transfer către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) asigură sumele necesare pentru decontarea contravalorii serviciilor prestate în baza contractelor pentru derularea Subprogramului încheiate între casele de asigurări de sănătate și medicii de familie, pe baza solicitării lunare de finanțare transmise de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) asigură coordonarea derulării Subprogramului prin Direcția generală de sănătate publică, asistență medicală și programe.

4.2. Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

a) răspunde de asigurarea, urmărirea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea Subprogramului;

b) monitorizează derularea Subprogramului prin indicatorii fizici și de eficiență realizați;

c) raportează lunar, în primele 25 de zile ale lunii în curs pentru luna precedentă, Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe din cadrul Ministerului Sănătății, modul de utilizare a sumelor transferate din bugetul acestuia în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

d) transmite trimestrial și anual, în primele 20 de zile ale lunii următoare perioadei de raportare, Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe din cadrul Ministerului Sănătății, indicatorii fizici, respectiv numărul de persoane evaluate și numărul de persoane la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață;

e) virează sumele neutilizate în cadrul Subprogramului la sfârșitul anului 2009 în contul Ministerului Sănătății.

4.3. Casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București:

a) răspund de asigurarea, urmărirea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea Subprogramului;

b) realizează analiza și monitorizarea derulării Subprogramului prin indicatorii aferenți acestuia, transmiși de cabinetele de medicină de familie care au încheiat contract pentru derularea Subprogramului;

c) raportează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, în primele 15 zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii realizați, conform machetei prevăzute în anexa nr. 4;

d) controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezentați;

e) decontează medicului de familie, în limita fondurilor virate de Ministerul Sănătății, în termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii documentelor prevăzute la subpt. 4.4. lit. c), contravaloarea serviciilor acordate în cadrul Subprogramului, raportate conform borderoului centralizator al cărui model este prevăzut în anexa nr. 5, validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;

f) transmit Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar, în vederea eșantionării, baza de date cuprinzând cabinetele de medicină de familie cu care se află în relație contractuală;

g) invită cabinetele de medicină de familie selectate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar pentru participarea la Subprogram în vederea încheierii contractelor în acest sens;

h) încheie contracte pentru derularea Subprogramului numai cu furnizorii din asistența medicală primară care se află în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală primară, selectați de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform modelului prevăzut în anexa nr. 6, pe baza următoarelor documente:

- cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al cabinetului, cuprinzând menționat, în mod distinct, programul de lucru al cabinetului pentru derularea Subprogramului;

- autorizație pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea de sănătate, emisă, în condițiile legii, de către

Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal;

i) comunică în scris Casei Naționale de Asigurări de Sănătate disfuncționalitățile apărute pe parcursul derulării Subprogramului, care nu pot fi rezolvate la nivel local.

4.4. Medicii de familie:

a) încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București în vederea derulării Subprogramului, pe baza următoarelor documente:

- cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al cabinetului, cuprinzând menționat, în mod distinct, programul de lucru al cabinetului pentru derularea Subprogramului;

- autorizație pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea de sănătate, emisă, în condițiile legii, de către Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal;

b) stabilesc un program de activitate corespunzător pentru derularea acestui Subprogram, în funcție de numărul de persoane care urmează să fie evaluate distinct față de cel cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară;

c) prezintă caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, următoarele documente, în vederea decontării:

- borderoul centralizator pentru serviciile acordate în cadrul Subprogramului în perioada pentru care se face raportarea, conform modelului prevăzut în anexa nr. 5;

- factura cuprinzând contravaloarea serviciilor realizate în cadrul Subprogramului și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, în condițiile prezentelor norme metodologice;

Neprezentarea documentelor prevăzute la subpct. 4.4. lit. c) de către furnizorii de servicii, în termenul prevăzut de dispozițiile prezentelor norme metodologice, atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor;

d) raportează casei de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București, la termenele stabilite, indicatorii realizați conform machetei prevăzute în anexa nr. 4;

e) dețin o bază de date corectă la încheierea Subprogramului, cuprinzând toate datele obținute pe parcursul derulării acestuia, potrivit dispozițiilor prezentelor norme metodologice; datele personale colectate pe parcursul derulării Subprogramului vor fi utilizate exclusiv de cadrele medicale de la nivelul cabinetului medicului de familie;

f) respectă legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal și instrucțiunile de utilizare a programului informatic pus la dispoziție de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;

g) identifică persoanele cu factori de risc cardiovascular, conform criteriilor prevăzute în prezentele norme metodologice;

h) transmit Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar lista persoanelor eligibile, întocmită în condițiile prezentelor norme metodologice, precum și codul numeric personal al acestora, în vederea stabilirii eșantionului la nivel național;

i) calculează riscul cardiovascular global de mortalitate prin boala cardiovasculară la 10 ani, conform recomandărilor Societății Europene de Cardiologie, utilizând diagrama "SCORE" pentru țările europene cu risc crescut;

j) aplică modelul de calcul "HeartScore", disponibil on-line în limba română la www.heartscore.org/ro, pentru calcularea ponderii fiecărui factor de risc cardiovascular (procentual) în riscul global;

k) înmânează persoanei evaluate în cadrul Subprogramului, pe suport hârtie, "Recomandările pentru pacient", pe care le oferă această evaluare;

l) întocmesc Fișa de evaluare individuală a persoanelor în cadrul Subprogramului, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1, cu respectarea instrucțiunilor de completare prevăzute în anexa nr. 2;

m) încadrează fiecare persoană evaluată în cadrul Subprogramului într-o categorie de risc cardiovascular, astfel:

- risc redus (<5%), la care aplică măsurile de prevenție;

- risc crescut (>5%), care are nevoie de evaluare suplimentară la medicul specialist (cardiolog, diabetolog), în vederea diagnosticului precoce al bolilor cardiovasculare și al aplicării optime a măsurilor de prevenție;

n) înregistrează toate persoanele depistate cu risc cardiovascular în cadrul Subprogramului într-o bază de date comună;

o) consiliază individualizat persoanele evaluate în cadrul Subprogramului cu privire la măsurile de schimbare a stilului de viață, în funcție de categoria de risc cardiovascular în care au fost încadrate cu ajutorul programului HeartScore;

p) transmit lunar Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar, în format electronic, fișele de evaluare individuală a persoanelor în cadrul Subprogramului, însoțite de borderoul centralizator al serviciilor medicale efectuate, în vederea verificării și validării acestora.

4.5. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar:

4.5.1. participă la laborarea, tipărirea și multiplicarea materialelor tehnice și/sau metodologice necesare pentru implementarea unor activități prevăzute în cadrul Subprogramului;

4.5.2. realizează eșantionarea populației la nivel național, cu respectarea cumulativă a următoarelor cerințe:

a) numărul de persoane care pot fi evaluate în cadrul Subprogramului este de 500.000;

b) sunt eligibile pentru a fi evaluate în cadrul Subprogramului persoanele cu vârsta de peste 40 de ani, fără patologie cardiovasculară cunoscută și/sau diagnostic cert de diabet zaharat;

c) nu sunt eligibile pentru a fi evaluate în cadrul Subprogramului persoanele care:

- au vârsta sub 40 de ani;
- sunt diagnosticate cu diabet zaharat sau boală cardiovasculară (boala coronariană, accident vascular cerebral, boală arterială periferică, alte afecțiuni cardiovasculare), al căror risc cardiovascular este deja foarte înalt;
- d)** includerea persoanelor eligibile în cadrul Subprogramului se face ponderat, în funcție de numărul populației existente în următoarele zone geografice din țară: zona de nord-vest, zona de nord-est, zona centrală, zona de sud-vest, zona de sud-est, zona de vest, zona de sud și zona București - Ilfov.
- 4.5.3.** realizează eșantionarea cabinetelor de medicină de familie în vederea participării la Subprogram, pe baza listelor furnizate de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București;
- 4.5.4.** transmite caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe suport hârtie, lista cabinetelor de medicină de familie selectate, precum și lista cu persoanele și codul numeric personal al acestora, selectate în urma eșantionării;
- 4.5.5.** realizează baza de date la nivel național cuprinzând persoanele depistate cu risc cardiovascular în cadrul Subprogramului;
- 4.5.6.** realizează verificarea concordanței dintre datele înregistrate în fișa individuală a persoanelor evaluate în cadrul Subprogramului și serviciile menționate în borderourile centralizatoare întocmite în vederea decontării;
- 4.5.7.** validează serviciile acordate de către medicii de familie în cadrul Subprogramului, în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București;
- 4.5.8.** transmite caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe suport hârtie și în format electronic, borderourile centralizatoare cuprinzând serviciile acordate în cadrul Subprogramului, validate;
- 4.5.9.** centralizează datele raportate la nivel național, pe care le transmite coordonatorilor tehnici ai Subprogramului;
- 4.5.10.** participă la întocmirea raportului final al Subprogramului și la interpretarea datelor colectate și înregistrate;
- 4.5.11.** asigură informarea și instruirea medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București cu privire la modul de evaluare a factorilor de risc și la condițiile în care se derulează Subprogramul;
- 4.5.12.** realizează și pune la dispoziția cabinetelor de medicină de familie aplicația informatică necesară colectării, validării, raportării și prelucrării datelor transmise în cadrul Subprogramului.
- 4.6.** Comisia de cardiologie a Ministerului Sănătății:
 - a)** asigură coordonarea metodologică a Subprogramului;
 - b)** colaborează cu Direcția generală de sănătate publică, asistență medicală și programe din cadrul Ministerului Sănătății în vederea coordonării, monitorizării și evaluării Subprogramului;
 - c)** estimează necesarul de fonduri pentru organizarea și desfășurarea în condiții optime a activităților prevăzute în cadrul Subprogramului;
 - d)** elaborează criteriile și standardele pentru evaluarea impactului și eficienței Subprogramului la nivel național;
 - e)** elaborează ghidurile și procedurile necesare pentru implementarea diferitelor etape ale Subprogramului;
 - f)** propune Ministerului Sănătății strategia extinderii Subprogramului la nivel național;
 - g)** analizează și evaluează modul de îndeplinire a obiectivelor Subprogramului prevăzute în prezentele norme metodologice.
- 4.7.** Spitalul Universitar de Urgență București și Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara:
 - a)** asigură coordonarea tehnică a Subprogramului;
 - b)** coordonează elaborarea materialelor tehnice și/sau metodologice utilizate în cadrul Subprogramului și răspund de realizarea acestora în conformitate cu recomandările Societății Europene de Cardiologie;
 - c)** participă, alături de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, la realizarea unei baze de date la nivel național pentru înregistrarea pacienților cu risc cardiovascular depistați în cadrul Subprogramului;
 - d)** raportează lunar Ministerului Sănătății datele centralizate primite de la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și formulează observațiile și recomandările necesare în vederea derulării în condiții optime a Subprogramului;
 - e)** monitorizează modul de îndeplinire a obiectivelor propuse în cadrul Subprogramului;
 - f)** întocmesc, împreună cu Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, raportul final al Subprogramului și efectuează interpretarea datelor colectate și înregistrate în cadrul acestuia.

CAPITOLUL 5

Raportarea indicatorilor

Raportarea indicatorilor aferenți Subprogramului se realizează după cum urmează:

- 5.1.** Cabinetele de medicină de familie care derulează Subprogramul raportează următoarele date:
 - a)** caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București - situația indicatorilor fizici (lunar), cuprinzând:
 - numărul de persoane evaluate în cadrul Subprogramului pentru care au fost întocmite fișe de evaluare;
 - numărul de persoane la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață;
 - b)** Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar - fișele de evaluare individuală a persoanelor evaluate în cadrul Subprogramului, care se transmit în baza de date on-line (permanent);
- 5.2.** Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar raportează coordonatorilor tehnici următoarele date:

- a) lunar:
- situația centralizată a datelor introduse în baza de date;
- indicatorii fizici prevăzuți în prezentele norme metodologice;
- b) trimestrial: rata de acoperire a populației eligibile;
- c) anual:
- indicatorii de rezultat prevăzuți în prezentele norme metodologice;
- raportul final rezultat ca urmare a analizei și interpretării datelor introduse în baza de date.
- 5.3.** Coordonatorii tehnici raportează Ministerului Sănătății următoarele date:

- a) lunar:
- situația centralizată a datelor introduse în baza de date;
- indicatorii fizici prevăzuți în prezentele norme metodologice;
- b) anual:
- raportul final al Subprogramului.
- indicatorii de rezultat prevăzuți în prezentele norme metodologice.

CAPITOLUL 6

Monitorizarea și evaluarea Subprogramului

6.1. Evaluarea și monitorizarea Subprogramului se realizează de către coordonatorii tehnici ai acestuia împreună cu Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile prezentelor norme metodologice.

6.2. Monitorizarea derulării Subprogramului se realizează lunar și, după caz, ori de câte ori este nevoie și cuprinde în principal:

- a) analiza îndeplinirii activităților propuse de părțile implicate în Subprogram;
- b) modul de îndeplinire a responsabilităților în cadrul Subprogramului;
- c) identificarea, analiza și soluționarea, în limitele competenței, a problemelor apărute în cadrul Subprogramului;
- d) propunerea unor măsuri de îmbunătățire pe parcursul derulării Subprogramului, pe care le înaintează Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe din cadrul Ministerului Sănătății;
- e) întocmirea unui raport lunar de monitorizare, pe care îl transmite Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe din cadrul Ministerului Sănătății.

6.3. Evaluarea Subprogramului se realizează pe baza următorilor indicatori de evaluare:

1. indicatori fizici:

- a) număr de persoane evaluate = 500.000;
- b) număr de persoane la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață = 200.000;
- c) număr de persoane depistate cu risc cardiovascular <5%, la care s-au aplicat măsurile de prevenție;
- d) număr de persoane depistate cu risc cardiovascular >5%, trimise pentru investigații suplimentare la medicul specialist;

2. indicatori de eficiență:

- a) cost/persoană evaluată = 5 lei;
- b) cost/persoană la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață tratată = 10 lei;
- c) cost mediu/Registrul național al persoanelor depistate cu risc cardiovascular înalt în cadrul Subprogramului/an = 500.000 lei;

3. Indicatori de rezultat:

- a) identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular înalt cu ajutorul programului HeartScore;
- b) aplicarea măsurilor de prevenire la toți pacienții identificați cu factori de risc cardiovascular;
- c) rata de acoperire a populației eligibile = 25%;
- d) scăderea mortalității, morbidității și invalidității datorate bolilor cardiovasculare la populația generală cu aproximativ 20% în următorii 5 ani;
- e) reducerea incidenței primului eveniment clinic cardiovascular la populația cu risc înalt cu aproximativ 10% în următorii 5 ani;
- f) scăderea numărului recurențelor datorate bolilor coronariene, accidentului vascular cerebral sau bolii arteriale periferice la pacienții cu boală cardiovasculară cu aproximativ 25% în următorii 5 ani;
- g) creșterea cu aproximativ 25% a numărului de persoane care au atins valorile-țintă de tratament recomandate de Societatea Europeană de Cardiologie;
- h) scăderea cu 15% a numărului de zile de spitalizare datorate bolilor cardiovasculare;
- i) scăderea cu 15% a numărului de zile de concediu medical datorate bolilor cardiovasculare.

CAPITOLUL 7

Controlul modului de organizare, derulare, monitorizare și raportare a indicatorilor prevăzuți în Subprogram

7.1. Controlul furnizorilor de servicii medicale în contract cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București pentru derularea Subprogramului va fi efectuat trimestrial și ori de câte ori este nevoie de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București.

7.2. Controlul prevăzut la subpct. 7.1 va urmări, în principal, următoarele:

- a) respectarea de către furnizori a responsabilităților ce le revin în cadrul Subprogramului;
- b) realizarea indicatorilor fizici prevăzuți în Subprogram;

c) concordanța dintre indicatorii raportați și evidențele primare ale furnizorilor;

d) identificarea eventualelor disfuncționalități în derularea Subprogramului.

7.3. Ca urmare a controalelor efectuate se vor lua măsurile legale ce se impun. În cazul în care casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București identifică probleme ce nu pot fi soluționate la nivel local, acestea vor fi transmise instituțiilor superioare ierarhic. Problemele care nu pot fi soluționate la nivel local se soluționează, după caz, de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății, potrivit competențelor atribuite de lege.

CAPITOLUL 8

Dispoziții finale

8.1. Instituțiile și cabinetele de medicină de familie implicate în derularea Subprogramului au obligația de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare (securizarea bazei de date la nivelul cabinetului de medicină de familie și al instituțiilor care colectează și prelucrează datele raportate în cadrul Subprogramului, precum și transmiterea în condiții de siguranță a datelor colectate în cadrul subprogramului în vederea prelucrării acestora în ceea ce privește starea de sănătate a populației, de către instituțiile autorizate în acest sens).

8.2. Anexele nr. 1-6 fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

ANEXA Nr. 1
la normele metodologice

FIȘĂ

de evaluare individuală a persoanelor în cadrul Subprogramului

Date personale:
Numele pacientului:

CNP:

Adresa:

Telefon:

Mediu: urban [] rural []

Stare civilă: necăsătorit [] căsătorit [] divorțat [] văduv []

Educație: școală primară [] gimnaziu [] studii liceale [] studii profesionale [] studii universitare []

Numele medicului investigator:

Cod parafă medic investigator:

Data completării fișei:

Evaluare:

Vârsta: | _____ |

Sex: M [] F []

Fumător: Da [] Nu [] ex-fumător []

Tensiune arterială sistolică: | _____ | mmHg Tratament antihipertensiv: _____

Tensiune arterială diastolică: | _____ | mmHg Da []/Nu []

Colesterol total | _____ | mmol/l

| _____ | mg/dl Tratament hipolipemiant: _____

Da []/Nu []

Riscul SCORE | _____ |

Contribuția factorilor de risc la riscul total: Tensiune arterială sistolică | _____ | %

Colesterol | _____ | %

Fumat | _____ | %

Măsuri aplicate:

Schimbarea stilului de viață: | _____ |

Instituirea de măsuri farmacologice:

- tratament antihipertensiv []

- tratament antidislipidemic []

Trimitere la specialist: Da [] Nu []

ANEXA Nr. 2
la normele metodologice

INSTRUCȚIUNI

de completare a Fișei de evaluare individuală a persoanelor în cadrul Subprogramului

1. Se va completa câte o fișă de evaluare individuală pentru fiecare persoană evaluată în cadrul Subprogramului.
2. Nu sunt eligibile pentru a fi evaluate în cadrul Subprogramului persoanele care:
 - a) au vârsta sub 40 de ani;
 - b) sunt diagnosticate cu diabet zaharat sau boală cardiovasculară (boala coronariană, accident vascular cerebral, boală arterială periferică, alte afecțiuni cardiovasculare), al căror risc cardiovascular este deja foarte înalt.
3. Câmpurile "Vârsta" și "Sex" se vor completa odată cu introducerea câmpului CNP.
4. Se va consemna statusul de fumător al pacientului investigat în momentul evaluării.
5. Măsurarea tensiunii arteriale (TA) se va realiza ținându-se cont de următoarele reguli:
 - a) se va permite pacientului să stea câteva minute înaintea începerii măsurării TA;
 - b) se va măsura TA în poziție șezândă, la ambele brațe și luându-se ca referință valoarea cea mai mare;
 - c) se vor efectua cel puțin două determinări la un interval de 5 minute și se va nota în Fișa de evaluare individuală valoarea medie a acestora;
 - d) dacă există diferențe mari între determinări (de peste 20 mmHg), se va efectua o determinare suplimentară după alte 5

minute și se va nota valoarea medie a celor mai apropiate două valori.

6. Se va consemna existența tratamentului medicamentos antihipertensiv și hipolipemiant la pacientul investigat.

7. Se va consemna valoarea colesterolului total determinată în cadrul Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară sau ultima valoare determinată a acestuia.

8. Se va stabili riscul SCORE al pacientului investigat, ținându-se cont de următoarele reguli:

a) se va utiliza diagrama SCORE pentru risc crescut;

b) se va identifica căsuța cea mai apropiată de vârsta persoanei respective, valoarea colesterolului total și TA, avându-se în vedere faptul că riscul va fi mai mare pe măsură ce persoana respectivă se apropie de următoarea categorie de vârstă, nivel de colesterol sau TA;

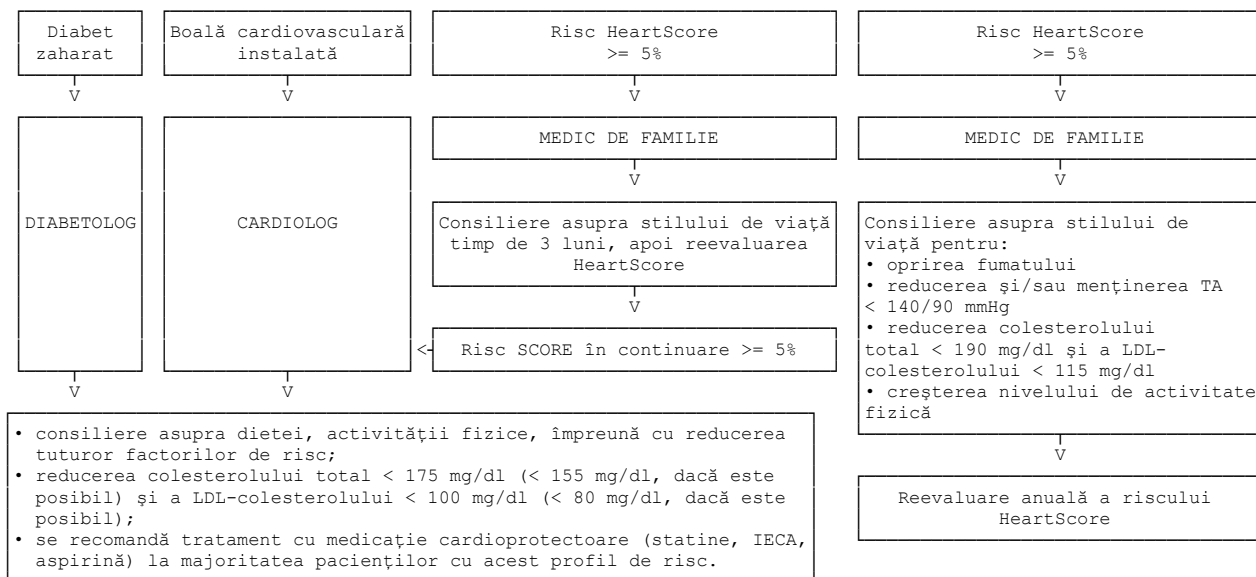
c) se va stabili riscul absolut de boli cardiovasculare fatale la 10 ani și se va nota calificativul corespunzător în fișa individuală a pacientului;

d) se va stabili contribuția fiecărui factor de risc la riscul absolut, prin utilizarea modelului de calcul "HeartScore", disponibil on-line în limba română la www.heartscore.org/ro, se vor lista și se vor furniza pacientului "Recomandările pentru pacient" pe care le oferă această evaluare;

e) dacă pacientul investigat depășește categoria de vârstă, nivelul de colesterol sau TA existente în diagrama riscului SCORE, se va nota calificativul corespunzător valorii maxime a acestora.

ANEXA Nr. 3
la normele metodologice

STRATEGIA DE SCREENING
al populației în vederea aplicării optime a măsurilor
de prevenție cardiovasculară



ANEXA Nr. 4
la normele metodologice

Subprogramul de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular

Furnizor de servicii medicale

Denumire furnizor

Număr contract, încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

SITUAȚIA INDICATORILOR FIZICI în luna anul

Nr. crt.	Număr de persoane evaluate	Număr de persoane la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață
C0	C1	C2

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

.....
(semnătura și ștampila)

ANEXA Nr. 5
la normele metodologice

Furnizorul de servicii medicale în asistența medicală primară

 Adresa:

 Număr contract, încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale
 Medic de familie

BORDEROU CENTRALIZATOR
pentru luna anul

a) desfășurător persoane evaluate în cadrul Subprogramului

Nr. crt.	CNP al persoanei evaluate în cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular	Data acordării serviciului	Validat de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar
C0	C1	C2	C3

b) desfășurător persoane tratate prin măsuri de schimbare a stilului de viață în cadrul Subprogramului

Nr. crt.	CNP al persoanei tratate prin măsuri de schimbare a stilului de viață în cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular	Data acordării serviciului	Validat de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar
C0	C1	C2	C3
TOTAL:	X	X	

c) centralizator

Nr. persoane evaluate în cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular	Cost/persoane evaluate (lei)	Total sumă de decontat pentru persoane evaluate (lei)	Nr. persoane la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață în cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular	Cost/persoane la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață (lei)	Total suma de decontat pentru persoane la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață (lei)	Total suma de decontat (lei)
C1	C2	C3=C1*C2	C4	C5	C6=C4*C5	C7=C3+C6

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

.....
(semnătura și ștampila)

NOTĂ:

Borderoul se întocmește lunar, după cum urmează:

a) pe suport hârtie, în două exemplare, dintre care unul rămâne la furnizor, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale;

b) în format electronic, un exemplar, care se transmite Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar, în vederea validării.

ANEXA Nr. 6
la normele metodologice

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară pentru derularea
Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților
cu factori de risc cardiovascular
nr. din

I. Părțile contractante:

1. Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte - director general,

și

2. Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:

a) Cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru

reprezentat prin medicul titular

b) Cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat

c) Societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul

d) unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare,, reprezentată prin

e) cabinet care funcționează în structura sau coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, cu sau fără punct secundar de lucru

....., reprezentat prin, având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul

telefon, și sediul punctului secundar de lucru în comuna, str. nr., telefon

....., cont nr., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca

....., cod numeric personal al reprezentantului legal sau cod unic de înregistrare

....., cu Contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., Cerere nr., semnată și ștampilată de reprezentantul legal al furnizorului.

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale necesare în vederea realizării Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular, conform Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 417/431/2009 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice din cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.281/893/2009, denumite în continuare Norme metodologice.

III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. - Serviciile medicale furnizate în cadrul Subprogramului sunt cele prevăzute în Normele metodologice, respectiv:

a) introducerea datelor de identificare, precum și a datelor rezultate din evaluarea persoanelor eligibile în baza de date comună, disponibilă on-line;

b) examinarea clinică a persoanelor eligibile;

c) identificarea și investigarea riscului și a cumulului de factori de risc prin programul HeartScore;

d) întocmirea Fișei de evaluare individuală a persoanelor în cadrul Subprogramului, conform modelului și instrucțiunilor de completare;

e) consilierea persoanelor evaluate în cadrul Subprogramului în funcție de categoria de risc cardiovascular în care a fost încadrat cu ajutorul programului HeartScore și în conformitate cu recomandările Ghidului european de prevenție a bolilor cardiovasculare;

f) recomandarea, după caz, a unor investigații suplimentare (clinice sau paraclinice), în funcție de riscul individual stabilit în cadrul Subprogramului;

g) depistarea precoce a bolilor cardiovasculare și a complicațiilor acestora, în funcție de categoria de risc cardiovascular în care a fost încadrat cu ajutorul programului HeartScore;

h) întocmirea planului individual de supraveghere a fiecărei persoane, în funcție de categoria de risc cardiovascular în care a fost încadrat cu ajutorul programului HeartScore;

Art. 3. - Furnizarea serviciilor medicale în cadrul Subprogramului se face pentru persoanele eligibile din lista proprie de persoane asigurate și neasigurate, selectate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, în conformitate cu prevederile Normelor metodologice.

IV. Durata contractului și programul de lucru

Art. 4. - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2009, cu obligativitatea prelungirii acestuia prin acte adiționale până la finalizarea Subprogramului și în condițiile în care în această perioadă furnizorul se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București pentru furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală primară, potrivit următorului program de lucru:

.....
(Se va stabili un program distinct față de cel cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.)

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București

Art. 5. - Casa de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București are următoarele obligații:

a) răspunde de asigurarea, urmărirea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea Subprogramului;

b) realizează analiza și monitorizarea derulării Subprogramului prin indicatorii aferenți acestuia transmiși de cabinetele de

medicină de familie care au încheiat contract pentru derularea acestuia;

c) controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezentați;

d) decontează medicului de familie, în limita fondurilor virate de Ministerul Sănătății, în termen de 30 de zile calendaristice de la data primirii documentelor prevăzute la pct. 4.4 lit. c) din Normele metodologice, contravaloarea serviciilor acordate în cadrul Subprogramului, raportate conform borderourilor centralizatoare și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;

e) verifică, după primirea documentelor necesare în vederea decontării, concordanța dintre documentele depuse de medicul de familie și centralizatoarele validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;

f) comunică în scris Casei Naționale de Asigurări de Sănătate disfuncționalitățile apărute pe parcursul derulării Subprogramului, care nu pot fi rezolvate la nivel local;

g) controlează actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor medicale furnizate conform contractelor și documentele justificative privind sumele decontate în cadrul Subprogramului;

h) înmânează la momentul efectuării controlului sau, după caz, comunică furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor în termen de 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

B. Obligațiile cabinetului de medicină de familie

Art. 6. - Cabinetul de medicină de familie are următoarele obligații:

a) respectă programul de activitate corespunzător pentru derularea acestui Subprogram, prevăzut la art. 4 din contract;

b) prezintă caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă, următoarele documente, în vederea decontării:

- borderoul centralizator pentru serviciile acordate în cadrul Subprogramului în perioada pentru care se face raportarea, conform modelului prevăzut în Normele metodologice;

- factura cuprinzând contravaloarea serviciilor realizate în cadrul Subprogramului, validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;

- neprezentarea documentelor prevăzute la punctul 4.4 lit. c) din Normele metodologice la termenul prevăzut în prezentul contract atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor;

c) raportează casei de asigurări de sănătate, la termenele stabilite, indicatorii realizați, conform machetei prevăzute în anexa nr. 4 la Normele metodologice;

d) deține o bază de date corectă la încheierea Subprogramului, cuprinzând toate datele obținute pe parcursul derulării acestuia, potrivit dispozițiilor Normelor metodologice; datele personale colectate pe parcursul derulării Subprogramului vor fi utilizate exclusiv de cadrele medicale de la nivelul cabinetului medicului de familie;

e) respectă legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal și instrucțiunile de utilizare a programului informatic pus la dispoziție de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar;

f) identifică persoanele cu factori de risc cardiovascular, conform criteriilor prevăzute în Normele metodologice;

g) transmite Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar lista persoanelor eligibile întocmită în condițiile stabilite prin Normele metodologice, precum și codul numeric personal al acestora, în vederea stabilirii eșantionului la nivel național;

h) calculează riscul cardiovascular global de mortalitate prin boala cardiovasculară la 10 ani, conform recomandărilor Societății europene de cardiologie, utilizând diagrama SCORE pentru țările europene cu risc crescut;

i) aplică modelul de calcul "HeartScore", disponibil on-line în limba română la www.heartscore.org/ro, pentru calcularea ponderii fiecărui factor de risc cardiovascular (procentual) în riscul global;

j) înmânează persoanei evaluate în cadrul Subprogramului, pe suport hârtie, "Recomandările pentru pacient" pe care le oferă această evaluare;

k) completează Fișa de evaluare individuală conform modelului și instrucțiunilor de completare prevăzute de Normele metodologice;

l) încadrează fiecare persoană evaluată în cadrul Subprogramului într-o categorie de risc cardiovascular, astfel:

- risc redus (<5%), la care aplică măsurile de prevenție;

- risc crescut (>5%), care au nevoie de evaluare suplimentară la medicul specialist (cardiolog, diabetolog) în vederea diagnosticului precoce al bolilor cardiovasculare și al aplicării optime a măsurilor de prevenție;

m) înregistrează toate persoanele depistate cu risc cardiovascular în cadrul Subprogramului într-o bază de date comună;

n) consiliază individualizat persoanele evaluate în cadrul Subprogramului cu privire la măsurile de schimbare a stilului de viață, în funcție de categoria de risc cardiovascular în care au fost încadrate cu ajutorul programului HeartScore;

o) transmite lunar Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar, în format electronic, fișele de evaluare individuală a persoanelor în cadrul Subprogramului, însoțite de borderoul centralizator al serviciilor medicale efectuate, în vederea verificării și validării acestora;

p) eliberează bilet de trimitere către cabinetele de specialitate pentru persoanele evaluate cu risc cardiovascular > 5% în vederea precizării diagnosticului și a atitudinii terapeutice;

q) înregistrează datele obținute în cadrul Subprogramului în evidențele primare ale cabinetului;

r) ia în evidență persoanele depistate cu risc cardiovascular în cadrul Subprogramului în vederea recuperării stării de

sănătate;

s) asigură confidențialitatea actului medical, precum și intimitatea și demnitatea persoanelor evaluate.

VI. Modalități de plată

Art. 7. - (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale furnizate în cadrul Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovasculari sunt:

a) cost/persoana evaluată = 5 lei;

b) cost/persoana la care s-au aplicat măsuri de schimbare a stilului de viață = 10 lei;

(2) Decontarea serviciilor medicale se face lunar, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primirea documentelor, la data de

(3) Contravaloarea serviciilor medicale se diminuează în luna în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale cu 10%, 15%, 20% din suma reprezentând contravaloarea activității desfășurate în luna în care s-a săvârșit abaterea.

Diminuarea se aplică astfel:

a) la prima constatare, 10%;

b) la a doua constatare, 15%;

c) la a treia constatare, 20%.

VII. Controlul modului de organizare, derulare, monitorizare și raportare a indicatorilor prevăzuți în program

Art. 8. - (1) Controlul furnizorilor de servicii medicale în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea Subprogramului va fi efectuat trimestrial și ori de câte ori este nevoie de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București.

(2) Controlul prevăzut la alin. (1) va urmări, în principal, următoarele:

a) respectarea de către furnizori a responsabilităților ce le revin în cadrul Subprogramului;

b) realizarea indicatorilor fizici prevăzuți în Subprogram;

c) concordanța dintre indicatorii raportați și evidențele primare ale furnizorilor;

d) identificarea eventualelor disfuncționalități în derularea Subprogramului.

VIII. Răspunderea contractuală

Art. 9. - În situația în care se constată nerespectarea obligațiilor contractuale după încetarea contractului, sumele încasate necuvenit vor fi recuperate de casele de asigurări de sănătate conform dispozițiilor legale în vigoare.

IX. Clauză specială

Art. 10. - (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestuia.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(4) 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 rezoluțiunea contractului.

X. Încetarea și suspendarea contractului

Art. 11. - Contractul de furnizare de servicii medicale pentru derularea Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular încetează la data la care încetează contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

Art. 12. - Contractul de furnizare de servicii medicale pentru derularea Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular se suspendă cu data la care se suspendă contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate județeană sau a municipiului București pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

XI. Corespondența

Art. 13. - (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(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 părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

Art. 14. - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 15. - Dacă o clauză a prezentului contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Art. 16. - (1) Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate conform alin. (1) sunt de competența Comisiei de arbitraj care va soluționa cauza potrivit legii

sau, după caz, a instanțelor de judecată.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale pentru derularea Subprogramului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular a fost încheiat astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

XIV. Alte clauze*)

.....
.....

Casa de asigurări de sănătate
Președinte - director general,
.....
Director executiv al Direcției management și economică,
.....
Director executiv al Direcției relații cu furnizorii,
.....
Vizat
Juridic, contencios și aplicare acorduri internaționale

Furnizor de servicii medicale
Reprezentant legal,
.....

*) În cuprinsul contractului pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, în limita prevederilor legale în vigoare.