

## Ordin nr. 881/2009

din 09/07/2009

privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin

[Publicat în MOF nr. 547 - 06/08/2009](#)

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 547 din 06/08/2009

Actul a intrat în vigoare la data de 06 august 2009

Nr. 881/706

Ministerul Sănătății

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Văzând Referatul de aprobare al Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe nr. I.B. 6.868 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. D.G. 658 din 9 iulie 2009, având în vedere prevederile:

- Hotărârii Guvernului [nr. 367/2009](#) pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 7 alin. (1) și (4) din Hotărârea Guvernului [nr. 1.718/2008](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 281 alin. (2) din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din [Statutul](#) Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului [nr. 972/2006](#), cu modificările și completările ulterioare,

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

**Art. 1.** - Se aprobă Normele metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin, 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 județene și a municipiului București, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, precum și furnizorii de servicii medicale și alte instituții implicate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

Ministrul sănătății,

Ion Bazac

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Irinel Popescu

Ministerul Sănătății

## Normă metodologică

din 09/07/2009

pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 547 din 06/08/2009

Actul a intrat în vigoare la data de 06 august 2009

**Art. 1.** - Subprogramul național de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin, denumit în continuare subprogram, se realizează în scopul prevenirii și combaterii acestei afecțiuni maligne și are ca obiectiv principal reducerea incidenței formelor invazive de boală și mortalității datorate acestora.

**Art. 2.** - (1) Screeningul pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin constă în testarea prin metoda frotiului cervico-vaginal Babeș-Papanicolau a populației feminine.

(2) Pot fi incluse în subprogram persoanele de sex feminin cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 de ani, care nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin, asimptomatice sau fără antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

(3) Nu sunt eligibile femeile care prezintă absența congenitală a colului uterin sau histerectomie totală pentru afecțiuni benigne și femeile cărora li s-a stabilit diagnosticul de cancer de col uterin.

(4) Testarea în cadrul subprogramului se va opri la femeile care au împlinit vârsta de 64 de ani, numai dacă acestea au ultimele 3 examene citologice Babeș-Papanicolau normale.

**Art. 3.** - Obiectivele specifice ale subprogramului sunt următoarele:

a) depistarea bolii în stadii cât mai precoce, vindecabile;

b) urmărirea și/sau îndrumarea pacientelor cu leziuni precursoare sau incipiente;

c) creșterea gradului de informare a populației, pentru adoptarea unui stil de viață sănătos și utilizarea serviciilor de screening, în colaborare cu structurile guvernamentale și neguvernamentale active în domeniu, conform prevederilor legale în vigoare.

**Art. 4.** - Activitățile preliminare implementării și derulării subprogramului sunt următoarele:

a) organizarea procedurilor de licitație la nivel național în vederea achiziționării dispozitivelor medicale (kituri de recoltare și kituri de colorare Babeș-Papanicolau);

b) achiziționarea, în condițiile legii, a formularului FS1, cu regim special, prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice, care conține elemente de siguranță împotriva contrafacerii și falsificării;

c) finalizarea procedurilor de achiziție publică prevăzute la lit. a), prin încheierea contractelor de furnizare de servicii între furnizorii adjudecați și direcțiile de sănătate publică;

d) înființarea și organizarea structurilor implicate în managementul subprogramului prevăzute la art. 6.;

e) selecția furnizorilor de servicii medicale în vederea derulării subprogramului;

f) informarea femeilor cu privire la desfășurarea subprogramului;

g) încheierea contractelor pentru derularea subprogramului între furnizorii de servicii medicale selectați și casele de asigurări de sănătate;

h) încheierea contractelor între direcțiile de sănătate publică și cabinetele medicale de specialitate obstetrică-ginecologie în vederea asigurării dispozitivelor medicale (kituri de recoltare și kituri de colorare Babeș-Papanicolau) necesare realizării activităților cuprinse în subprogram;

i) elaborarea standardelor de practică, protocoalelor de asigurare a calității și procedurilor necesare derulării subprogramului, conform normelor europene.

**Art. 5.** - Activitățile specifice în cadrul subprogramului sunt următoarele:

a) identificarea și selectarea furnizorilor de servicii medicale eligibili pentru a participa la realizarea activităților specifice subprogramului;

b) contractarea și decontarea serviciilor medicale prestate de furnizorii de servicii medicale conform contractelor de furnizare de servicii încheiate între aceștia și casele de asigurări de sănătate;

c) asigurarea finanțării activităților desfășurate de structurile de management care susțin subprogramul;

d) verificarea îndeplinirii standardelor de calitate conform normelor europene;

e) asigurarea unui sistem informațional în cadrul subprogramului pentru colectarea, centralizarea și raportarea datelor în condițiile prezentelor norme metodologice;

f) monitorizarea, evaluarea, analiza și controlul modului de derulare a subprogramului;

g) formarea personalului implicat în realizarea activităților prevăzute în cadrul subprogramului.

**Art. 6.** - (1) Structurile implicate în managementul subprogramului sunt:

a) Comisia națională pentru prevenirea cancerului de col uterin, organizată la nivelul Ministerului Sănătății;

b) unități naționale de management al subprogramului, denumite în continuare unități naționale de management, organizate în cadrul:

- Institutului Oncologic "Prof. dr. Alexandru Trestioreanu" București;

- Institutului Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;

c) unități județene de management și Unitatea de Management a Municipiului București, organizate la nivelul celor 41 de județe, precum și a municipiului București, în cadrul instituțiilor desemnate de către Ministerul Sănătății.

(2) Unitățile județene de management și Unitatea de Management a Municipiului București sunt arondate unităților naționale de management după cum urmează:

a) la Institutul Oncologic "Prof. dr. Alexandru Trestioreanu": municipiul București și județele Ilfov, Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui, Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Vrancea, Tulcea, Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova și Teleorman;

b) la Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca: județele Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea, Arad, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș, Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Sălaj, Satu Mare, Maramureș, Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu.

**Art. 7.** - (1) În termen de 15 zile de la intrarea în vigoare a prezentelor norme metodologice se constituie, prin ordin al ministrului sănătății, Comisia națională pentru prevenirea cancerului de col uterin, denumită în continuare Comisie, cu următoarea componență:

a) un reprezentant al Ministerului Sănătății;

b) 2 reprezentanți din partea fiecărei unități naționale de management.

(2) Din cadrul Comisiei pot face parte și următoarele categorii de persoane:

a) câte un reprezentant al comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății;

b) un reprezentant al Colegiului Medicilor din România;

c) un reprezentant al Societății de Citologie Clinică din România.

(3) Întreținerea Comisiei se desfășoară trimestrial sau ori de câte ori este nevoie. La aceste întruniri pot participa ca invitați reprezentanți ai sectorului nonguvernamental de utilitate publică, cu experiență în promovarea activității de prevenire a cancerului de col uterin.

(4) Cheltuielile de deplasare ale membrilor Comisiei prilejuite de participarea la întâlnirile de lucru sunt suportate de instituțiile publice respective în care persoanele sunt încadrate.

(5) Atribuțiile Comisiei sunt următoarele:

a) asigură abordarea integrată și interdisciplinară a activităților subprogramului și supraveghează implementarea acestora în teritoriu;

b) elaborează planurile de acțiune anuale și propunerile de buget pentru finanțarea subprogramului;

c) elaborează reglementările referitoare la: standarde de practică, protocoale de asigurare a calității, proceduri, planuri sau instrumente de formare, în conformitate cu normele europene, necesare pentru implementarea activităților din cadrul subprogramului, inclusiv în ceea ce privește sistemul informațional;

d) înființează grupuri de lucru tehnice pe probleme specifice și coordonează activitatea acestora;

e) monitorizează pe baza indicatorilor specifici modul de derulare a subprogramului;

f) analizează indicatorii specifici monitorizați în cadrul subprogramului și întocmește rapoarte trimestriale cu privire la activitățile desfășurate;

g) estimează necesarul anual de resurse financiare și umane pentru derularea subprogramului;

h) propune măsuri de îmbunătățire a derulării subprogramului, pe care le înaintează conducerii Ministerului Sănătății.

(6) Secretariatul tehnic al Comisiei va fi asigurat de personal din cadrul unităților naționale de management.

**Art. 8. - (1)** În termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentelor norme metodologice se constituie unitățile naționale de management ca structuri funcționale, fără personalitate juridică, în cadrul instituțiilor prevăzute la art. 6 alin.

(1) lit. b).

(2) Unitatea națională de management este condusă de un coordonator, cu studii superioare medicale.

(3) Personalul unității naționale de management este format din:

a) cel puțin 4 persoane cu studii superioare medicale astfel:

- specialități medicale: oncologie medicală, medicină de familie;

- specialități paraclinice: anatomie patologică, medicină de laborator, sănătate publică și management sau epidemiologie;

- specialități chirurgicale: obstetrică-ginecologie;

- cercetător științific;

b) 1-2 persoane cu pregătire superioară nemedicală, după caz: informatician, manager de date, sociolog/psiholog, jurist, economist;

c) minimum 6 persoane cu studii medii: asistent medical, registrator medical, operator de date, personal administrativ, statistician.

(4) Atribuțiile unității naționale de management al subprogramului sunt următoarele:

a) asigură implementarea activităților subprogramului în teritoriul arondat și coordonează activitatea unităților județene de management arondate;

b) asigură și coordonează asistența tehnică necesară pentru dezvoltarea capacității unităților județene de management arondate pe toate componentele subprogramului, inclusiv selectarea furnizorilor de servicii, formarea personalului implicat în screening, respectarea standardelor de calitate a serviciilor furnizate în cadrul subprogramului, colectarea, centralizarea și raportarea datelor, monitorizarea și evaluarea;

c) diseminează protocoalele de asigurare a calității subprogramului, ghidurile, standardele sau procedurile specifice derulării acestuia, elaborează planurile de asigurare a calității și controlează implementarea lor în colaborare cu unitățile județene de management;

d) planifică, organizează și coordonează formarea personalului implicat în realizarea activităților prevăzute în cadrul subprogramului, în colaborare cu unitățile județene de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz;

e) monitorizează managementul logistic al consumabilelor specifice achiziționate în cadrul subprogramului, inclusiv al formularelor de raportare specifice;

f) contribuie la dezvoltarea sistemului informațional unitar, ca parte integrantă a subprogramului, și asigură menținerea și funcționarea acestuia în teritoriul arondat conform standardelor subprogramului (formulare-tip, circuite de raportare, interconectarea cu alte baze de date, inclusiv cu registrele populaționale de cancer), cu respectarea legislației specifice utilizării datelor cu caracter personal, și coordonează activitatea de colectare/raportare a datelor;

g) asigură constituirea și întreținerea registrelor de displazii pentru populația din zonele arondate și raportează date către registrele regionale de cancer conform normativelor în vigoare;

h) menține și actualizează periodic baza de date cu femeile între 25 și 64 de ani din regiune;

i) planifică și coordonează, în colaborare cu unitățile județene de management și Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, activitățile de mobilizare și invitare/reinvitare a populației eligibile și cele de informare-educare-comunicare;

j) analizează periodic raportările primite de la unitățile județene de management și Unitatea de Management a Municipiului București, evaluează performanța unităților implicate în derularea subprogramului pe baza raportărilor sau prin deplasarea pentru vizite de monitorizare/evaluare și propune Comisiei măsurile ce se impun;

k) asigură centralizarea indicatorilor specifici subprogramului, generează rapoarte, sinteze, recomandări privind

desfășurarea și îmbunătățirea activităților subprogramului;

**l)** elaborează propuneri de buget pentru implementarea subprogramului, pe care le transmite Comisiei;

**m)** deține 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;

**n)** respectă prevederile legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

**(5)** Cheltuielile aferente funcționării unității naționale de management se asigură din bugetul Programului național de prevenire și control în patologia oncologică. Din fondurile alocate unității naționale de management pot fi finanțate următoarele categorii de cheltuieli:

**a)** cheltuieli aferente instruirii și formării specifice a personalului, precum și drepturilor salariale ale personalului unității naționale de management;

**b)** cheltuieli de regie (servicii de comunicare telefon-fax-internet, corespondență, utilități);

**c)** cheltuieli materiale (birotică, papetărie).

**Art. 9. - (1)** În termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentelor norme metodologice se constituie prin act administrativ al conducătorului instituției cele 41 de unități județene de management, precum și cea a municipiului București, ca structuri funcționale, fără personalitate juridică, în cadrul direcțiilor județene de sănătate publică și a municipiului București.

**(2)** Pe perioada derulării subprogramului, direcțiile de sănătate publică pot angaja personal pe toată perioada de derulare a acestuia.

**(3)** Personalul unităților județene de management și al Unității de Management a Municipiului București este format din:

**a)** personal cu studii superioare medicale astfel:

- specialități medicale: oncologie medicală, medicină de familie;

- specialități paraclinice: anatomie patologică, medicină de laborator, sănătate publică și management sau epidemiologie;

- specialități chirurgicale: obstetrică-ginecologie;

- cercetător științific;

**b)** personal cu pregătire superioară nemedicală, după caz: informatician, manager de date, sociolog/psiholog, jurist, economist;

**c)** personal cu studii medii: asistent medical, registrator medical, operator de date, personal administrativ, statistician.

**(4)** Atribuțiile unității județene de management și ale Unității de Management a Municipiului București sunt următoarele:

**a)** asigură implementarea activităților subprogramului în teritoriul arondat și coordonează activitatea furnizorilor de servicii incluși în subprogram;

**b)** informează furnizorii de servicii medicale cu privire la procedurile de selectare necesare în vederea participării la subprogram;

**c)** primește și verifică dosarele de candidatură depuse de furnizorii de servicii medicale;

**d)** validează pe baza procedurilor de selectare prevăzute în prezentele norme metodologice furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile în vederea derulării subprogramului și informează, în scris, atât unitatea națională de management la care este arondată, cât și casele de asigurări de sănătate;

**e)** colaborează cu casele de asigurări de sănătate în vederea monitorizării activităților derulate în cadrul subprogramului, precum și cu autoritățile și instituțiile locale guvernamentale sau neguvernamentale ce pot contribui la promovarea și implementarea subprogramului;

**f)** întocmește și actualizează evidența furnizorilor de servicii care derulează subprogramul;

**g)** monitorizează implementarea activităților specifice subprogramului;

**h)** invită, în scris, femeile eligibile catagrafiate de către cabinetele medicale de asistență medicală primară în vederea participării la subprogram;

**i)** verifică respectarea programărilor persoanelor incluse în subprogram atât de către femeile eligibile, cât și de către furnizorii de servicii medicale;

**j)** participă la planificarea și implementarea activităților de formare a personalului din teritoriul arondat, sub coordonarea unității naționale de management;

**k)** elaborează și monitorizează implementarea planului local de asigurare a calității, realizat în colaborare cu unitatea națională de management, conform calendarului și procedurilor elaborate de Comisie;

**l)** coordonează activitățile de mobilizare a populației feminine eligibile și contribuie la implementarea activităților de informare-educare-comunicare specifice derulate pe plan local și/sau național;

**m)** verifică respectarea sistemului informațional de către furnizorii de servicii medicale incluși în subprogram;

**n)** analizează indicatorii specifici subprogramului și îi transmite unității naționale de management la care este arondată;

**o)** estimează necesarul de resurse financiare și umane pentru derularea subprogramului la nivel local;

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

**q)** respectă prevederile legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și

libera circulație a acestor date.

(5) Cheltuielile aferente funcționării unității județene de management se asigură din bugetul Programului național de prevenire și control în patologia oncologică. Din fondurile alocate unității județene de management și Unității de Management a Municipiului București pot fi finanțate următoarele categorii de cheltuieli:

- a) cheltuieli aferente instruirii și formării specifice a personalului, precum și drepturilor salariale ale personalului unității județene de management și Unității de Management a Municipiului București;
- b) cheltuieli de regie (servicii de comunicare telefon-fax- internet, corespondență, utilități);
- c) cheltuieli materiale (birotică, papetărie).

**Art. 10.** - Serviciile medicale furnizate în cadrul subprogramului sunt următoarele:

a) consiliere pentru prevenirea cancerului de col uterin, inclusiv mobilizarea femeilor eligibile în vederea participării la subprogram;

- b) consultație medicală de specialitate obstetrică-ginecologie;
- c) recoltarea și fixarea materialului celular cervico-vaginal;
- d) colorarea Babeș-Papanicolou;
- e) citirea și raportarea rezultatelor în sistem Bethesda 2001.

**Art. 11.** - Furnizorii de servicii medicale care derulează subprogramul sunt următorii:

- a) cabinetele medicale de asistență medicală primară, indiferent de forma de organizare a acestora;
- b) cabinete medicale de specialitate obstetrică-ginecologie, indiferent de forma de organizare a acestora;
- c) laboratoare de analize medicale, indiferent de forma de organizare a acestora;
- d) laboratoare de anatomie patologică, indiferent de forma de organizare a acestora.

**Art. 12.** - Cabinetele medicale de asistență medicală primară pot furniza serviciile de consiliere pentru prevenirea cancerului de col uterin, inclusiv mobilizarea femeilor eligibile prevăzute în cadrul subprogramului numai dacă îndeplinesc cumulativ următoarele criterii de eligibilitate:

a) dețin dovadă de evaluare valabilă, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) au stabilit un program distinct de lucru pentru realizarea activităților subprogramului;

c) dețin 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;

d) se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

**Art. 13.** - (1) Cabinetele medicale de specialitate obstetrică-ginecologie furnizează servicii medicale, respectiv: consultație medicală de specialitate obstetrică-ginecologie, recoltare și fixare a materialului celular cervico-vaginal, prevăzute în cadrul subprogramului, numai dacă îndeplinesc cumulativ următoarele criterii de eligibilitate:

a) dețin dovadă de evaluare valabilă, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;

b) au încheiat un contract de prestări servicii cu cel puțin un laborator de analize medicale și/sau de anatomie patologică care îndeplinesc condițiile prevăzute în prezentele norme metodologice;

c) au cel puțin un medic de specialitate obstetrică-ginecologie;

d) au un program distinct de lucru pentru realizarea activităților subprogramului;

e) dețin 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.

(2) Serviciile prevăzute la alin. (1) pot fi furnizate și de către unități mobile de recoltare înființate și organizate în condiții prevăzute prin ordin al ministrului sănătății.

**Art. 14.** - (1) Laboratoarele de analize medicale furnizează servicii de citire și raportare a rezultatelor în sistem Bethesda 2001 prevăzute în cadrul subprogramului numai dacă îndeplinesc cumulativ următoarele criterii de eligibilitate:

a) dețin dovadă de evaluare valabilă, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;

b) au dotare tehnică necesară pentru examinarea materialului celular cervico-vaginal prin metode și tehnici de citologie sau anatomie patologică, după cum urmează:

1. aparatură adecvată pentru efectuarea examenului Babeș-Papanicolou (citologie convențională și/sau monostrat);

2. facilități suficiente de arhivare a frotiurilor;

3. echipament computerizat necesar pentru înregistrarea, stocarea și raportarea datelor;

4. acces la internet;

c) folosesc colorația Papanicolou pentru prelucrarea frotiurilor și sistemul de clasificare Bethesda 2001 pentru raportarea rezultatelor;

d) au cel puțin un medic de laborator cu experiență minimă de 5 ani și peste 2.000 de frotiuri examinate în ultimii 2 ani;

e) au încheiat contract de colaborare cu un medic de specialitate anatomie patologică în vederea avizării rezultatelor consemnate în cuprinsul formularelor FS1;

f) fac dovada controlului extern de calitate/participării la scheme de intercomparare cu administratori notificați de



Ministerul Sănătății cu următoarele documente:

1. copia contractului, în termen de valabilitate, încheiat pentru control extern de calitate/participare la scheme de intercomparare cu administratori notificați de Ministerul Sănătății;
  2. raportul de evaluare privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de Ministerul Sănătății;
  3. certificat privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de Ministerul Sănătății, transmis casei de asigurări de sănătate în termen de 5 zile de la data emiterii acestuia;
- g) efectuează controlul intern al calității în domeniul citologiei prin recitirea a minimum 10% din lamele cu rezultate negative;
- h) se angajează prin declarație pe propria răspundere să participe în mod regulat la programe de evaluare externă a calității în domeniul citologiei;
- i) își stabilesc un program distinct de lucru pentru realizarea activităților subprogramului;
  - j) dețin 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.
- (2) Laboratoarele de anatomie patologică furnizează servicii de citire și raportare a rezultatelor în sistem Bethesda 2001, prevăzute în cadrul subprogramului, numai dacă îndeplinesc cumulativ următoarele criterii de eligibilitate:
- a) dețin dovadă de evaluare valabilă, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
  - b) au dotare tehnică necesară pentru examinarea materialului celular cervico-vaginal prin metode și tehnici de citologie sau anatomie patologică după cum urmează:
    1. aparatură adecvată pentru efectuarea examenului Babeș-Papanicolou (citologie convențională și/sau monostrat);
    2. facilități suficiente de arhivare a frotiurilor;
    3. echipament computerizat necesar pentru înregistrarea, stocarea și raportarea datelor;
    4. acces la internet;
  - c) folosesc colorația Papanicolou pentru prelucrarea frotiurilor și sistemul de clasificare Bethesda 2001 pentru raportarea rezultatelor;
  - d) au cel puțin un medic de specialitate anatomo-patologie cu experiență minimă de 5 ani și peste 2.000 de frotiuri examinate în ultimii 2 ani;
  - e) efectuează controlul intern al calității în domeniul citologiei prin recitirea a minimum 10% din lamele cu rezultate negative;
  - f) se angajează prin declarație pe propria răspundere să participe în mod regulat la programe de evaluare externă a calității în domeniul citologiei;
  - g) își stabilesc un program distinct de lucru pentru realizarea activităților subprogramului;
  - h) dețin autorizație pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea de sănătate emisă, în condițiile legii, de Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.

**Art. 15.** - Procedura de selectare a furnizorilor de servicii care participă la subprogram se realizează astfel:

1. Furnizorul de servicii medicale care solicită includerea în subprogram depune la unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, dosarul de candidatură cuprinzând următoarele documente:

- a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, respectiv actul de înființare sau organizare;
  - b) autorizația sanitară de funcționare sau, după caz, raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege;
  - c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
  - d) codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie de pe buletinul/carta de identitate), după caz;
  - e) dovada de evaluare a furnizorului;
  - f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, pentru toți furnizorii care derulează subprogramul;
  - g) documente care fac dovada îndeplinirii criteriilor de eligibilitate prevăzute în prezentele norme metodologice, corespunzătoare fiecărui tip de furnizor de servicii medicale;
2. Unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, verifică documentele prevăzute la pct. 1 și validează dosarele de candidatură care îndeplinesc toate condițiile prevăzute la pct. 1.
3. Rezultatul validării este consemnat într-un raport de validare, pe care îl transmite casei de asigurări de sănătate, semnat de coordonatorul unității și utilizând ștampila unității din structura direcțiilor de sănătate publică.
4. Notifică furnizorii selectați asupra validării candidaturii pentru participarea la subprogram; furnizorilor neselectați li se vor comunica motivele respingerii candidaturii.

**Art. 16.** - Furnizorii de servicii medicale selectați conform procedurii prevăzute la art. 15 încheie contract pentru

derularea subprogramului cu casa de asigurări de sănătate, în baza raportului de validare întocmit și transmis de Unitatea de Management a Municipiului București.

**Art. 17.** - În derularea subprogramului, Ministerul Sănătății are, în principal, următoarele responsabilități:

a) asigură, prin Direcția generală buget și credite externe, cu avizul prealabil al Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe, finanțarea subprogramului 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 pentru serviciile medicale contractate și decontate de casele de asigurări de sănătate;

b) asigură organizarea la nivel național a procedurii de achiziție pentru dispozitivele medicale (kituri de recoltare și kituri de colorare), precum și pentru formularele FS1 necesare derulării subprogramului;

c) asigură, prin direcțiile de sănătate publică, încheierea contractelor pentru produsele achiziționate prevăzute la lit. b);

d) asigură coordonarea derulării subprogramului prin Direcția generală de sănătate publică, asistență medicală și programe;

e) asigură, prin inspecția sanitară de stat, controlul calității serviciilor acordate în cadrul programului;

f) asigură, prin direcțiile de sănătate publică, sumele necesare pentru desfășurarea în cadrul subprogramului a activității unităților județene de management, precum și a Unității de Management a Municipiului București;

g) asigură sumele necesare pentru desfășurarea în cadrul subprogramului a activității unităților naționale de management;

h) asigură, prin Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății, centralizarea datelor colectate în cadrul subprogramului, precum și a indicatorilor specifici acestuia;

i) elaborează formularele de raportare pentru activitățile specifice cuprinse în subprogram și machetele de raportare a indicatorilor specifici subprogramului, aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**Art. 18.** - În derularea subprogramului Casa Națională de Asigurări de Sănătate are, în principal, următoarele responsabilități:

a) virează sumele neutilizate în cadrul programului la sfârșitul anului 2009 în contul Ministerului Sănătății;

b) derulează subprogramul, conform prevederilor prezentelor norme metodologice;

c) transmite Direcției generale de sănătate publică, asistență medicală și programe solicitarea lunară de finanțare conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) răspunde de urmărirea, evidențierea și controlul fondurilor alocate pentru derularea subprogramului;

e) monitorizează și analizează indicatorii specifici subprogramului, prevăzuți la art. 26 lit. a) pct. 5, transmisi de casele de asigurări de sănătate;

f) raportează Ministerului Sănătății modul de utilizare a sumelor transferate din bugetul Ministerului Sănătății;

g) transmite Ministerului Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna precedentă, analiza modului în care a fost derulat subprogramul, precum și indicatorii specifici subprogramului, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

h) transmite lunar, trimestrial și anual Ministerului Sănătății execuția fondurilor alocate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**Art. 19.** - În derularea subprogramului, direcțiile de sănătate publică au, în principal, următoarele responsabilități:

a) încheie contracte de furnizare de produse cu furnizorii adjudecați în urma finalizării licitației organizate la nivel național pentru achiziția de dispozitive medicale (kituri de recoltare și kituri de colorare Babeș-Papanicolau), precum și de formulare FS1 necesare derulării subprogramului;

b) încheie contracte în vederea asigurării dispozitivelor medicale (kituri de recoltare și kituri de colorare Babeș-Papanicolau) cu cabinetele medicale de specialitate obstetrică-ginecologie care au încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea subprogramului;

c) încheie contracte în vederea asigurării formularelor FS1 cu cabinetele medicale de asistență medicală primară care au încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea subprogramului.

**Art. 20.** - În derularea subprogramului, casele de asigurări de sănătate au, în principal, următoarele responsabilități:

a) încheie contracte pentru derularea subprogramului numai cu cabinete de medicină de familie selectate și consemnate în raportul de validare, în conformitate cu prevederile prezentelor norme metodologice, utilizând modelul prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, pe baza următoarelor documente:

1. cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al cabinetului medical;

2. contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;

3. codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie de pe buletinul/cartea de identitate), după caz;

4. notificarea unității județene de management sau a Unității de Management a Municipiului București, după caz, conform prevederilor art. 15 pct. 4;

5. programul de lucru distinct al cabinetului pentru derularea subprogramului;

b) încheie contracte pentru derularea subprogramului numai cu cabinete de specialitate obstetrică-ginecologie selectate în conformitate cu prevederile prezentelor norme metodologice, conform modelului prevăzut în anexă nr. 3 la norme, pe baza următoarelor documente:

1. cerere semnată și ștampilată de reprezentantul legal al cabinetului.
  2. contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
  3. codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie de pe buletinul/cartea de identitate), după caz;
  4. notificarea unității județene de management sau a Unității de Management a Municipiului București, după caz, conform prevederilor art. 15 pct. 4;
  5. programul de lucru distinct al cabinetului pentru derularea subprogramului;
  6. copie a contractului/contractelor de prestări servicii pentru derularea subprogramului încheiat/încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice selectați în conformitate cu prevederile prezentelor norme metodologice;
    - c) decontează furnizorilor de servicii medicale, în termen de 20 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative de plată, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna precedentă celei în care se face plata. După această dată, decontarea serviciilor medicale se realizează în maximum 5 zile lucrătoare de la momentul alocării fondurilor de la Ministerul Sănătății către bugetul FNUASS;
    - d) verifică, prin sondaj, după primirea documentelor prevăzute la art. 25, concordanța dintre datele raportate în documentele justificative și evidențele primare de la nivelul furnizorului; în situația constatării unor neconcordanțe între datele raportate și cele înregistrate în evidențele primare de la nivelul furnizorului, casele de asigurări de sănătate rețin din contravaloarea serviciilor care urmează a fi decontate sumele acordate necuvenit și constatate cu ocazia verificării prin sondaj;
    - e) decontează furnizorilor de servicii medicale cu care sunt în relații contractuale pentru derularea subprogramului contravaloarea serviciilor medicale efectuate în perioada pentru care se face raportarea, după cum urmează:
      1. servicii de consiliere acordate de medicul de familie pentru prevenirea cancerului de col uterin, inclusiv mobilizarea femeilor eligibile în vederea participării la subprogram la un tarif de 5 lei/serviciu;
      2. serviciile medicale acordate de cabinetele de specialitate obstetrică-ginecologie, respectiv consultația medicală de specialitate obstetrică-ginecologie, recoltarea și fixarea materialului celular cervico-vaginal, colorarea Babeș- Papanicolau, precum și citirea și raportarea rezultatelor în sistem Bethesda 2001, la un tarif de 150 lei/caz;
    - f) centralizează indicatorii specifici subprogramului, pe care îi raportează în primele 10 zile ale lunii curente pentru luna precedentă la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și la unitățile județene de management sau la Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
    - g) efectuează controlul furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte pentru derularea subprogramului, în condițiile stabilite de prezentele norme metodologice;
    - h) comunică în scris Casei Naționale de Asigurări de Sănătate disfuncționalitățile apărute pe parcursul derulării subprogramului care nu pot fi rezolvate la nivel local;
    - i) transmit cabinetelor de medicină de familie lista actualizată a cabinetelor medicale de specialitate obstetrică-ginecologie, inclusiv datele de contact ale acestora, care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea subprogramului, inițial la demararea subprogramului și, ulterior, ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia.
- Art. 21.** - În derularea subprogramului, cabinetele medicale de asistență medicală primară au, în principal, următoarele responsabilități:
- a) asigură consiliere pentru prevenirea cancerului de col uterin, inclusiv mobilizarea femeilor eligibile în vederea participării la subprogram;
  - b) întocmesc și depun dosarul de candidatură pentru includerea în subprogram în termenul stabilit și comunicat de Ministerul Sănătății;
  - c) își stabilesc programul de lucru distinct al cabinetului pentru derularea subprogramului;
  - d) încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în vederea derulării subprogramului, în condițiile prezentelor norme metodologice;
  - e) identifică și realizează catagrafierea femeilor eligibile din lista proprie, indiferent de calitatea de asigurat/neasigurat a acestora, întocmită conform modelului prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice;
  - f) transmit unității județene de management sau Unității de Management a Municipiului București, după caz, catagrafia femeilor eligibile din lista proprie, precum și indicatorii prevăzuți la art. 26 lit. a) pct. 1.2, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă.
  - g) afișează la loc vizibil lista cabinetelor medicale de specialitate obstetrică-ginecologie care derulează subprogramul, inclusiv datele de contact ale acestora;
  - h) completează secțiunea 1 a formularului FS1, în 3 exemplare autocopiative, pe care le înmânează femeii eligibile în vederea prezentării la cabinetul de specialitate obstetrică-ginecologie;
  - i) înregistrează în fișa medicală a femeii rezultatul testului Babeș-Papanicolau transmis de laboratorul de analize medicale și/sau laboratorul de anatomie patologică;
  - j) comunică femeilor participante la subprogram rezultatul testului Babeș-Papanicolau, precum și conduita de urmat în funcție de rezultatul acestuia, astfel:
    - test negativ: invită femeia la o noua testare la 3 ani de la data primei testări;



- test cu rezultate nesatisfăcătoare, leziuni displazice sau invazive: întocmește bilet de trimitere pentru continuarea investigațiilor;

**k)** supraveghează permanent evoluția stării de sănătate a femeilor care au fost depistate cu o leziune displazică în cadrul subprogramului;

**l)** după primirea scrisorilor medicale de la cabinetele de specialitate obstetrică-ginecologie, raportează casei de asigurări de sănătate, în vederea decontării, serviciile acordate în cadrul subprogramului, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, conform borderoului centralizator prevăzut în anexa nr. 5 la prezentele norme metodologice;

**m)** raportează casei de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, indicatorii specifici ai subprogramului, conform machetelor aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

**n)** comunică casei de asigurări de sănătate orice modificare a condițiilor inițiale care au stat la baza încheierii contractului, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la apariția acestora;

**o)** respectă prevederile legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;

**p)** respectă confidențialitatea datelor obținute în cadrul subprogramului, conform prevederilor legale în vigoare.

**Art. 22.** - În derularea subprogramului, cabinetele medicale de specialitate obstetrică-ginecologie au, în principal, următoarele atribuții:

**a)** asigură serviciile medicale prevăzute la art. 10 lit. b)-e);

**b)** întocmesc și depun dosarul de candidatură pentru includerea în subprogram în termenul stabilit și comunicat de Ministerul Sănătății;

**c)** își stabilesc programul de lucru distinct al cabinetului medical pentru derularea subprogramului;

**d)** încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în vederea derulării subprogramului, în condițiile prezentelor norme metodologice;

**e)** încheie contract de prestări servicii cu cel puțin unul dintre laboratoarele de analize medicale și/sau laboratoarele de anatomie patologică notificate de către unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, în vederea derulării subprogramului, în condițiile prezentelor norme metodologice;

**f)** își stabilesc programul de recoltare de comun acord cu laboratoarele de analize medicale și/sau laboratoarele de anatomie patologică notificate de către unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, cu care au încheiat contract de prestări servicii în vederea derulării subprogramului;

**g)** programează sau reprogamează, după caz, femeile eligibile în vederea acordării serviciilor medicale prevăzute în cadrul subprogramului;

**h)** recoltează materialul celular din colul uterin, pregătesc, fixează și identifică frotiul în conformitate cu protocolul de calitate elaborat de către Comisie;

**i)** completează secțiunea 2 a formularului FS1 în 3 exemplare autocopiative și le transmit laboratorului de analize medicale și/sau laboratorului de anatomie patologică cu care a încheiat contract de prestări servicii în vederea derulării subprogramului, împreună cu frotiul realizat și identificat;

**j)** stabilesc de comun acord cu laboratorul de analize medicale și/sau laboratorul de anatomie patologică cu care au încheiat contract de prestări de servicii în vederea derulării subprogramului modul și termenele la care sunt transmise frotiurile în vederea prelucrării acestora;

**k)** predau laboratorului de analize medicale și/sau laboratorului de anatomie patologică cu care au încheiat contract de prestări servicii în vederea derulării subprogramului, pe bază de proces-verbal de predare-primire, frotiurile împreună cu formularele FS1 aferente acestora;

**l)** participă la activitatea de control al calității serviciilor acordate în cadrul programului în condițiile prezentelor norme metodologice;

**m)** achită laboratorului de analize medicale și/sau laboratorului de anatomie patologică cu care au încheiat contract de prestări servicii contravaloarea serviciilor paraclinice realizate în cadrul subprogramului, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data decontării acestora de către casa de asigurări de sănătate;

**n)** raportează casei de asigurări de sănătate, în vederea decontării, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, conform borderoului centralizator prevăzut în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice, numai serviciile acordate în cadrul subprogramului pentru care laboratorul de analize medicale și/sau laboratorul de anatomie patologică a transmis formularul FS1, completat la secțiunea 3;

**o)** raportează casei de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, indicatorii specifici ai subprogramului, conform machetelor aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

**p)** raportează unității județene de management sau a municipiului București, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, indicatorii specifici ai subprogramului, prevăzuți la art. 26 lit. a) pct. 2.2;

**q)** transmit în scris, utilizând formularul de scrisoare medicală, medicului de familie rezultatul testului Babeș-Papanicolau și indicația terapeutică necesară;

r) respectă prevederile legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;

s) respectă confidențialitatea datelor obținute în cadrul subprogramului, conform prevederilor legale în vigoare;

t) comunică casei de asigurări de sănătate orice modificare a condițiilor inițiale care au stat la baza încheierii contractului, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la apariția acestora.

**Art. 23.** - În derularea subprogramului, laboratorul de analize medicale și/sau laboratorul de anatomie patologică au/are, în principal, următoarele responsabilități:

a) asigură serviciile medicale prevăzute la art. 10 lit. d) și e);

b) încheie contract de prestări servicii cu cel puțin unul dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate obstetrică-ginecologie notificați de către unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, în vederea derulării subprogramului, în condițiile prezentelor norme metodologice;

c) stabilesc de comun acord cu furnizorul de servicii medicale de specialitate obstetrică-ginecologie cu care a încheiat contract de prestări de servicii în vederea derulării subprogramului modul și termenele la care sunt transmise frotiurile în vederea prelucrării acestora;

d) realizează prelucrarea frotiurilor prin colorarea Babeș-Papanicolau;

e) citesc frotiurile cervico-vaginale și înregistrează rezultatele, folosind sistemul de clasificare Bethesda 2001, în cuprinsul secțiunii 3 a formularului FS1; rezultatele se înregistrează în cele 3 formulare FS1 autocopiative și se avizează de medicul de specialitate anatomie patologică;

f) asigură arhivarea frotiurilor cervico-vaginale prelucrate în condiții optime;

g) informează în scris cabinetele de specialitate obstetrică-ginecologie cu care au încheiate contracte de prestări servicii în vederea derulării subprogramului cu privire la calitatea frotiurilor transmise;

h) respectă sistemul informațional prevăzut în prezentele norme metodologice;

i) transmit cabinetului medical de specialitate obstetrică-ginecologie rezultatele frotiurilor cervico-vaginale în termen de maximum 3 săptămâni de la data primirii acestora, atât printr-un exemplar al formularului FS1, cât și în format electronic;

j) transmit un exemplar al formularului FS1 către unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București;

k) pun la dispoziția laboratorului de referință un eșantion de 10% din frotiurile cervico-vaginale citite în vederea monitorizării calității acestora, potrivit calendarului stabilit de către unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz;

l) elaborează și implementează planul de menținere sau de îmbunătățire a calității prelucrării și citirii frotiurilor cervico-vaginale, conform calendarului stabilit de unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București;

m) asigură participarea personalului la programe de formare profesională continuă organizate de unitatea națională de management;

n) efectuează controlul intern de calitate în conformitate cu protocoalele de asigurare a calității elaborate de către Comisie;

o) transmite cabinetului medical de specialitate obstetrică-ginecologie lunar, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, următoarele documente:

- situația centralizatoare cuprinzând serviciile acordate în cadrul subprogramului;

- factura cuprinzând contravaloarea serviciilor acordate;

p) respectă prevederile legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;

q) respectă confidențialitatea datelor obținute în cadrul subprogramului, conform prevederilor legale în vigoare.

**Art. 24.** - (1) Controlul extern de calitate al laboratorului de analize medicale și/sau laboratorului de anatomie patologică care derulează subprogramul este asigurat de către laboratoare de referință în condițiile prezentelor norme metodologice.

(2) Laboratoarele de analize medicale și/sau de anatomie patologică pot fi desemnate ca laboratoare de referință dacă îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

a) dețin dovadă de evaluare valabilă, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;

b) în cadrul laboratorului își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de specialitate anatomie patologică și/sau medicină de laborator cu experiența minimă de 5 ani și peste 7.000 de frotiuri examinate în ultimii 2 ani;

c) au capacitatea de a efectua citirea a minimum 15.000 de frotiuri cervico-vaginale anual;

d) au dotare tehnică necesară pentru examinarea materialului celular cervico-vaginal prin metode și tehnici de citologie sau anatomie patologică, după cum urmează:

- aparatură adecvată pentru efectuarea examenului Babeș-Papanicolau (citologie convențională și/sau monostrat);

- facilități suficiente de arhivare a frotiurilor;

- echipament computerizat necesar pentru înregistrarea, stocarea și raportarea datelor;

- acces la internet;

- microscop de înaltă performanță;

e) folosesc colorația Papanicolau pentru prelucrarea frotiurilor și sistemul de clasificare Bethesda 2001 pentru raportarea rezultatelor;

f) fac dovada controlului extern de calitate/participării la scheme de intercomparare cu administratori notificați de Ministerul Sănătății cu următoarele documente:

1. copia contractului, în termen de valabilitate, încheiat pentru control extern de calitate/participare la scheme de intercomparare cu administratori notificați de Ministerul Sănătății;

2. raportul de evaluare privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de Ministerul Sănătății;

3. certificat privind participarea la controlul extern de calitate/scheme de intercomparare cu administratori notificați de Ministerul Sănătății, transmis casei de asigurări de sănătate în termen de 5 zile de la data emiterii acestuia;

g) au capacitatea de a asigura control extern de calitate la nivel regional pentru furnizorii de servicii paraclinice care derulează subprogramul prin recitirea a minimum 10% din lamele cu rezultate negative interpretate de aceștia și raportarea rezultatelor;

h) au capacitatea de a constitui și de a întreține arhiva de frotiuri necesară în cadrul programelor de formare profesională continuă a personalului care participă la derularea subprogramului;

i) efectuează controlul intern al calității în domeniul citologiei prin recitirea a minimum 10% din lamele cu rezultate negative;

j) se angajează prin declarație pe propria răspundere să participe în mod regulat la programe de evaluare externă a calității în domeniul citologiei;

k) își stabilesc un program distinct de lucru pentru realizarea activităților subprogramului;

l) dețin 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.

(3) Laboratoarele de referință au, în principal, următoarele responsabilități:

a) coordonarea tehnică a furnizorilor de servicii medicale paraclinice care derulează subprogramul, inclusiv prin participarea la programele de formare profesională a personalului care participă la derularea subprogramului;

b) comunică furnizorului de servicii paraclinice concluziile controlului extern de calitate realizat;

c) raportează unității naționale de management, precum și unităților județene de management și Unității de Management a Municipiului București rezultatele controlului extern de calitate realizat în condițiile prezentelor norme metodologice, precum și indicatorii specifici prevăzuți în protocoalele de asigurare a calității;

d) asigură participarea personalului propriu la programe de formare profesională continuă.

**Art. 25. - (1)** Casele de asigurări de sănătate decontează cabinetelor de asistență medicală primară contravaloarea serviciilor medicale acordate în cadrul subprogramului, pe baza următoarelor documente:

a) factura cuprinzând contravaloarea serviciilor realizate în luna precedentă celei pentru care se face raportarea;

b) borderoul centralizator conform modelului prevăzut în anexa nr. 5 la prezentele norme metodologice, pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului în format electronic și pe suport hârtie, parafat, șampilat și certificat prin semnătura reprezentantului legal al cabinetului.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează cabinetelor de specialitate obstetrică-ginecologie contravaloarea serviciilor medicale acordate în cadrul subprogramului pe baza următoarelor documente:

a) factura cuprinzând contravaloarea serviciilor realizate în luna precedentă celei pentru care se face raportarea;

b) borderoul centralizator conform modelului prevăzut în anexa nr. 6 la prezentele norme metodologice, pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului, în format electronic și pe suport hârtie, parafat, șampilat și certificat prin semnătura reprezentantului legal al cabinetului.

(3) Neprezentarea documentelor prevăzute la art. 25 de către furnizorii de servicii medicale, în termenul prevăzut de dispozițiile prezentelor norme metodologice, atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor.

**Art. 26. -** Monitorizarea și evaluarea subprogramului se realizează pe baza următorilor indicatori specifici:

a) Indicatori fizici:

1. indicatori raportați de cabinetele de asistență medicală primară:

1.1. indicatori raportați către casele de asigurări de sănătate:

- număr de femei consiliate cu formular FS1 completat;

1.2. indicatori raportați către unitățile județene de management și a municipiului București:

- număr de femei eligibile catagrafiate;

- număr de femei pentru care s-au primit rezultatele testului Babeș-Papanicolau;

- număr de femei cu test Babeș-Papanicolau negativ, care necesită reprogramare după 3 ani;

- număr de femei cu test Babeș-Papanicolau pozitiv, care necesită continuarea investigațiilor;

2. indicatori raportați de cabinetele de specialitate obstetrică- ginecologie:

2.1. indicatori raportați către casele de asigurări de sănătate:

- număr de femei testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat în integralitate;

2.2. indicatori raportați către unitățile de management:

- număr de femei cu test Babeș-Papanicolau negativ;
- număr de femei cu test Babeș-Papanicolau pozitiv;
- număr de femei depistate cu leziuni vizibile la nivelul colului uterin;

**3.** indicatori raportați de laboratorul de analize medicale și/sau laboratorul de anatomopatologie către unitățile județene de management și a municipiului București:

- număr total de frotiuri cito-vaginale prelucrate;
- număr de frotiuri cito-vaginale prelucrate, pe tipuri de leziuni;
- număr de frotiuri nesatisfăcătoare care impun retestarea;

**4.** indicatori raportați de direcțiile de sănătate publică către Ministerul Sănătății:

- număr de kituri de recoltare achiziționate, din care număr de kituri de recoltare distribuite;
- număr de kituri de colorare achiziționate, din care număr de kituri de colorare distribuite;
- număr de formulare FS1 achiziționate, din care număr de formulare FS1 distribuite;

**5.** indicatori raportați de casele de asigurări de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

- număr de contracte încheiate cu cabinete de asistență medicală primară;
- număr de contracte încheiate cu cabinete de specialitate obstetrică-ginecologie;
- număr total de furnizori de servicii medicale paraclinice care au încheiat contracte cu cabinete de specialitate obstetrică-ginecologie, din care:

- număr laboratoare de analize medicale;
- număr laboratoare de anatomie patologică;
- număr de femei consiliate cu formular FS1 completat;
- număr de femei testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat.

**b)** Indicatori de eficiență:

- cost mediu/consiliere: 5 lei;
- cost mediu/test Babeș-Papanicolau (inclusiv consultația de specialitate obstetrică-ginecologie): 150 lei;
- cost mediu/kit de recoltare: .....;
- cost mediu/kit de colorare: .....;
- cost mediu/formular FS1: ..... .

**c)** Indicatori de rezultat:

- rata de acoperire a populației feminine eligibile;
- calitatea recoltării: % frotiuri satisfăcătoare/total frotiuri;
- calitatea citirii: rata de concordanță diagnostică.

**Art. 27. - (1)** Controlul modului de organizare, derulare, monitorizare și raportare a indicatorilor prevăzuți în program se realizează după cum urmează:

**a)** casele de asigurări de sănătate împreună cu direcțiile de sănătate publică efectuează, prin sondaj, controlul furnizorilor de servicii medicale în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programului și ori de câte ori este nevoie;

**b)** la controlul realizat conform prevederilor lit. a) pot participa și reprezentanți ai unităților naționale de management, unităților județene de management sau Unității de Management a Municipiului București, după caz.

**(2)** Ca urmare a controalelor efectuate se vor lua măsurile legale ce se impun. În cazul în care casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică identifică probleme care nu pot fi soluționate la nivel local, acestea vor fi transmise, după caz, Ministerului Sănătății sau Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vederea soluționării potrivit competențelor atribuite de lege.





**CONTRACT DE FURNIZARE**  
de servicii medicale în asistența medicală primară în cadrul  
subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă  
a cancerului de col uterin

**I. Părțile contractante**

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

și

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

- cabinet individual ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul titular .....
- cabinet asociat sau grupat ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societate civilă medicală ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentată prin administratorul .....
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii **nr. 31/1990** privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare ....., reprezentată prin .....
- 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. ...., Autorizație sanitară de funcționare a cabinetului/punctului de lucru nr. ....; Cerere nr. ...., semnată și stampilată de reprezentantul legal al furnizorului.

**II. Obiectul contractului**

**Art. 1.** - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale prevăzute în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin, 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 Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate **nr. 881/706/2009** pentru aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin.

**III. Servicii medicale furnizate**

**Art. 2.** - Serviciile medicale furnizate în cadrul subprogramului sunt cele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/706/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin, respectiv consiliere pentru prevenirea cancerului de col uterin, inclusiv mobilizarea femeilor eligibile în vederea participării la subprogram.

**Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru femeile înscrise pe lista proprie, asigurate/neasigurate, de către următorii medici de familie:

1. ...., având un număr de ..... femei asigurate și un număr de ..... femei neasigurate care au optat să participe la screeningul pentru cancerul de col uterin, înscrise pe lista proprie;
2. ...., având un număr de ..... femei asigurate și un număr de ..... femei neasigurate care au optat să participe la screeningul pentru cancerul de col uterin, înscrise pe lista proprie;
3. ...., având un număr de ..... femei asigurate și un număr de ..... femei neasigurate care au optat să participe la screeningul pentru cancerul de col uterin, înscrise pe lista proprie.

**IV. Durata contractului și programul de lucru**

**Art. 4.** - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2009, cu posibilitatea 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 pentru furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală

primară, potrivit următorului program de lucru:

.....  
**V. Obligațiile părților**

**A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate**

**Art. 5.** - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

**a)** să încheie contracte numai cu cabinetele de asistență medicală primară selectate de către unitatea de management pentru derularea subprogramului;

**b)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale, în termen de 20 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative de plată, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna precedentă celei în care se face plata, în limita fondurilor alocate cu această destinație. După această dată decontarea serviciilor medicale se realizează în maximum 5 zile lucrătoare de la momentul alocării fondurilor de la Ministerul Sănătății (MS) către bugetul Fondului național unic de asigurări de sănătate (FNUASS). Ne prezentarea documentelor justificative de plată de către furnizorii de servicii medicale, în termenul prevăzut de Normele metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/706/2009, atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor;

**c)** să verifice, prin sondaj, după primirea documentelor necesare în vederea decontării concordanța dintre datele raportate în documentele justificative și evidențele primare de la nivelul furnizorului; în situația constatării unor neconcordanțe între datele raportate și cele înregistrate în evidențele primare de la nivelul furnizorului, casele de asigurări de sănătate rețin din contravaloarea serviciilor care urmează a fi decontate sumele acordate necuvenit și constatate cu ocazia verificării prin sondaj;

**d)** să efectueze controlul furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte pentru derularea subprogramului, privind respectarea obligațiilor stabilite prin contract;

**e)** să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice 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 acestora;

**f)** să controleze actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor medicale furnizate conform contractelor și documentele justificative privind sumele decontate în cadrul programului;

**g)** să transmită cabinetelor de medicină de familie lista actualizată a cabinetelor medicale de specialitate obstetrică-ginecologie, inclusiv datele de contact ale acestora, care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea subprogramului.

**B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale**

**Art. 6.** - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

**a)** să își stabilească un program de activitate corespunzător pentru derularea subprogramului, în funcție de numărul de femei care urmează a fi incluse în subprogram, și să îl afișeze la loc vizibil;

**b)** să asigure consiliere pentru prevenirea cancerului de col uterin, inclusiv mobilizarea femeilor eligibile în vederea participării la subprogram;

**c)** să afișeze la loc vizibil programul cabinetului;

**d)** să identifice și să realizeze catagrafierea femeilor eligibile din lista proprie, indiferent de calitatea de asigurat/neasigurat a acestora;

**e)** să transmită unității județene de management sau Unității de Management a Municipiului București, după caz, catagrafia femeilor eligibile din lista proprie;

**f)** să afișeze la loc vizibil lista cabinetelor medicale de specialitate obstetrică-ginecologie care derulează subprogramul (denumire, adresă, număr de telefon);

**g)** să completeze secțiunea 1 a formularului FS1, în 3 exemplare autocopiative, pe care le înmânează femeii eligibile în vederea prezentării la cabinetul de specialitate obstetrică-ginecologie;

**h)** să înregistreze în fișa medicală a femeii rezultatul testului Babeș-Papanicolau transmis de către furnizorul de servicii medicale de specialitate obstetrică-ginecologie;

**i)** să comunice femeilor participante la subprogram rezultatul testului Babeș-Papanicolau, precum și conduita de urmat în funcție de rezultatul acestuia, astfel:

- test negativ: invită femeia la o noua testare la 3 ani de la data primei testări;

- test cu rezultate nesatisfăcătoare, leziuni displazice sau invazive: întocmește bilet de trimitere pentru continuarea investigațiilor;

**j)** să raporteze casei de asigurări de sănătate, în vederea decontării, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, serviciile acordate în cadrul subprogramului și să prezinte următoarele documente:

- factura cuprinzând contravaloarea serviciilor realizate în luna precedentă celei pentru care se face raportarea;

- borderoul centralizator conform modelului prevăzut în anexa nr. 5 la normele metodologice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/706/2009, în format electronic și pe suport hârtie, parafat, ștampilat și certificat prin semnătura reprezentantului legal al cabinetului;

k) să raporteze casei de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, indicatorii specifici ai subprogramului, conform machetelor aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) să comunice casei de asigurări de sănătate orice modificare a condițiilor inițiale care au stat la baza încheierii contractului, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la apariția acesteia;

m) să respecte confidențialitatea actului medical și a datelor cu caracter personal obținute în cadrul subprogramului, conform prevederilor legale în vigoare;

n) să pună la dispoziția organelor de control actele de evidență privind serviciile furnizate conform contractului.

#### VI. Modalități de plată

**Art. 7. - (1)** Modalitatea de plată a serviciilor medicale furnizate în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin este tarif/serviciu = 5 lei.

(2) Decontarea serviciilor medicale se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la primirea documentelor. După această dată, decontarea serviciilor medicale se realizează în maximum 5 zile lucrătoare de la momentul alocării fondurilor de la MS către bugetul FNUASS.

(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:

- la prima constatare 10%;
- la a doua constatare 15%;
- la a treia constatare 20%;

după care, începând cu a patra constatare, se aplică diminuarea cu 20% din suma reprezentând contravaloarea activității desfășurate în luna în care s-a săvârșit abaterea.

#### VII. Controlul furnizorilor de servicii medicale

**Art. 8. - (1)** Controlul furnizorilor de servicii medicale în contract cu casa de asigurări de sănătate se efectuează de comisii formate din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, ai direcției de sănătate publică, precum și reprezentanți ai unităților naționale de management, unităților județene de management sau Unității de Management a Municipiului București, după caz.

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

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 acestui caz.

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.

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 în asistența medicală primară în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin încetează cu data la care încetează contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

**Art. 12. -** Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin se suspendă cu data la care se suspendă contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

#### XI. Corespondența

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

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 contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

**Art. 15. -** Dacă o clauză a acestui 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 puțință 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 prelabile 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 depistarea precoce activă a cancerului de col uterin 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 al Direcției management și economice,  
.....  
Director al Direcției relații cu furnizorii,  
.....  
Medic șef,  
.....  
Vizat  
Compartiment juridic contencios și aplicare acorduri internaționale

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

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

**ANEXA Nr. 3**  
**la normele metodologice**

## CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin la nivelul cabinetelor de specialitate obstetrică-ginecologie

### I. Părțile contractante

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

și

Furnizorul de servicii medicale de specialitate obstetrică-ginecologie:

- cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- cabinetul individual ....., reprezentat prin medicul titular .....
- cabinetul asociat sau grupat ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societatea civilă medicală ....., reprezentată prin administratorul .....
- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare ....., reprezentată prin .....
- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie ....., reprezentată prin .....
- ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului....., inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor și Infrastructurii, reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;
- centrul de diagnostic și tratament și centru medical - unități cu personalitate juridică ....., reprezentat prin .....
- unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ..... reprezentată prin ....., în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte, cu Certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale ..... nr. .... ori actul de înființare sau organizare a unității sanitare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară ..... (Furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, vor prezenta la contractare certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de înființare și organizare.), Autorizație sanitară de funcționare nr. .... /Raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege nr. ...., având sediul în municipiul/orașul

....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon ....., cont nr. .... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. .... deschis la Banca ....., cod unic de înregistrare ..... sau cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal ....., copie a Contractului de furnizare de servicii medicale de specialitate în ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice\*, nr. ...., Autorizație sanitară de funcționare a cabinetului/punctului de lucru nr. ...., Cerere nr. ...., semnată și ștampilată de reprezentantul legal al furnizorului.

\*) Se menționează inclusiv medicii care desfășoară activitatea în cadrul laboratoarelor de analize medicale și/sau laboratoarelor de anatomie patologică selectate să deruleze activități în cadrul subprogramului, precum și programul de activitate al acestora.

## II. Obiectul contractului

**Art. 1.** - Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale prevăzute în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin, 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 Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/706/2009 privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin.

## III. Servicii medicale furnizate în cadrul subprogramului

**Art. 2.** - (1) Serviciile medicale furnizate în cadrul programului sunt cele prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/706/2009, respectiv:

- a) consultație medicală de specialitate obstetrică-ginecologie;
- b) recoltarea și fixarea materialului celular cervico-vaginal;
- c) colorarea Babeș-Papanicolau;
- d) citirea și raportarea rezultatelor în sistem Bethesda 2001.

(2) Serviciile medicale prevăzute la lit. c) și d) sunt realizate de laboratoare de analize medicale și/sau laboratoare de anatomie patologică selectate să deruleze activități în cadrul subprogramului, în baza contractelor de prestări servicii încheiate cu un cabinet de specialitate obstetrică-ginecologie, indiferent de forma de organizare a acestuia.

**Art. 3.** - Furnizarea serviciilor medicale menționate la art. 2 se face, pentru femeile eligibile, de către următorii medici:

1. ....;
2. ....;
3. ....;
4. ....;

## IV. Durata contractului

**Art. 4.** - Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2009, cu posibilitatea prelungirii acestuia prin acte adiționale, până la finalizarea subprogramului, potrivit următorului program de lucru:

## V. Obligațiile părților

### A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

**Art. 5.** - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu cabinetele de specialitate obstetrică-ginecologie, selectate de către unitatea de management pentru derularea subprogramului;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, în termen de 20 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative de plată, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna precedentă celei în care se face plata, în limita fondurilor alocate cu această destinație. După această dată, decontarea serviciilor medicale se realizează în maximum 5 zile lucrătoare de la momentul alocării fondurilor de la Ministerul Sănătății (MS) către bugetul Fondului național unic de asigurări de sănătate (FNUASS). Neprezentarea documentelor justificative de plată de către furnizorii de servicii medicale, în termenul prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/709/2009, atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor;
- c) să verifice, prin sondaj, după primirea documentelor necesare în vederea decontării, concordanța dintre datele raportate în documentele justificative și evidențele primare de la nivelul furnizorului, inclusiv evidențele primare ale furnizorului de servicii medicale paraclinice care a încheiat contract de prestări servicii cu cabinetul de specialitate obstetrică-ginecologie; în situația constatării unor neconcordanțe între datele raportate și cele înregistrate în evidențele primare ale acestora, casele de asigurări de sănătate rețin din contravaloarea serviciilor care urmează a fi decontate sumele acordate necuvenit și constatate cu ocazia verificării prin sondaj;
- d) să efectueze controlul furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte pentru derularea subprogramului, inclusiv al furnizorilor de servicii medicale paraclinice care au încheiat contract de prestări servicii cu cabinetul de



specialitate obstetrică-ginecologie în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/709/2009;

e) să înmâneze la momentul efectuării controlului sau, după caz, să comunice 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 acestora;

f) să controleze actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor medicale furnizate conform contractelor și documentele justificative privind sumele decontate în cadrul programului, inclusiv ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice care au încheiat contract de prestări servicii cu cabinetul de specialitate obstetrică-ginecologie.

**B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale**

**Art. 6.** - Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile medicale prevăzute la art. 2 alin. (1) din prezentul contract;

b) să își stabilească un program de lucru distinct al cabinetului medical pentru derularea subprogramului, de comun acord și cu laboratorul de analize medicale și/sau laboratorul de anatomie patologică cu care au încheiat contract de prestări servicii în vederea derulării subprogramului, și să-l afișeze la loc vizibil;

c) să încheie contract de prestări servicii cu cel puțin unul dintre furnizorii de servicii medicale paraclinice notificați de către unitatea județeană de management sau Unitatea de Management a Municipiului București, după caz, în vederea derulării subprogramului, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/706/2009;

d) să programeze sau să reprogameze, după caz, femeile eligibile în vederea acordării serviciilor medicale prevăzute în cadrul subprogramului;

e) să recolteze materialul celular din colul uterin, să pregătească, să fixeze și să identifice frotiul în conformitate cu protocolul de calitate elaborat de către Comisia națională pentru prevenirea cancerului de col uterin;

f) să completeze secțiunea 2 a formularului FS1 în 3 exemplare autocopiative și să le transmită furnizorului de servicii medicale paraclinice cu care a încheiat contract de prestări servicii în vederea derulării subprogramului, împreună cu frotiul realizat și identificat;

g) să pună la dispoziția organelor de control actele de evidență privind serviciile furnizate conform contractului;

h) să achite furnizorului de servicii medicale paraclinice cu care are încheiat contract de prestări servicii contravaloarea serviciilor paraclinice realizate în cadrul subprogramului, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data decontării acestora de către casa de asigurări de sănătate;

i) să raporteze casei de asigurări de sănătate, în vederea decontării, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente pentru luna precedentă, serviciile acordate în cadrul subprogramului și să prezinte următoarele documente:

- factura cuprinzând contravaloarea serviciilor realizate în luna precedentă celei pentru care se face raportarea;

- borderoul centralizator conform modelului prevăzut în anexa nr. 6 la Normele metodologice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/706/2009, în format electronic și pe suport hârtie, parafat, ștampilat și certificat prin semnătura reprezentantului legal al cabinetului;

j) respectă confidențialitatea actului medical și a datelor cu caracter personal obținute în cadrul subprogramului, conform prevederilor legale în vigoare.

k) să comunice casei de asigurări de sănătate orice modificare a condițiilor inițiale care au stat la baza încheierii contractului, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la apariția acestora.

**VI. Modalități de plată**

**Art. 7.** - (1) Modalitatea de plată a serviciilor medicale prevăzute la art. 2 din contract, furnizate în cadrul subprogramului, este tarif/caz = 150 lei.

(2) Decontarea serviciilor medicale se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la primirea documentelor. După această dată decontarea serviciilor medicale se realizează în maximum 5 zile lucrătoare de la momentul alocării fondurilor de la MS către bugetul FNUASS.

(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:

- la prima constatare 10%;

- la a doua constatare 15%;

- la a treia constatare 20%;

după care, începând cu a patra constatare, se aplică diminuarea cu 20% din suma reprezentând contravaloarea activității desfășurate în luna în care s-a săvârșit abaterea.

**VII. Controlul furnizorilor de servicii medicale**

**Art. 8.** - (1) Controlul furnizorilor de servicii medicale în contract cu casa de asigurări de sănătate se efectuează de comisii formate din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, ai direcției de sănătate publică, precum și reprezentanți ai unităților naționale de management, unităților județene de management sau Unității de Management a Municipiului București, după caz.

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

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 acestui caz.

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.

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 în cadrul subprogramului încetează cu data la care încetează contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale clinice și pentru furnizorii care nu sunt în relație contractuală cu casa de asigurări în următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

**Art. 12.** - Contractul de furnizare de servicii medicale pentru derularea subprogramului se suspendă cu data la care se suspendă contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale clinice și, pentru furnizorii care nu sunt în relație contractuală cu casa de asigurări în următoarele situații:

a) expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data expirării acesteia;

b) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive personale, pe bază de documente justificative prezentate în scris casei de asigurări de sănătate și pentru care a primit acordul prealabil al casei de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice/an;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

**Art. 13.** - (1) Situațiile prevăzute la art. 11 lit. b), c), f) și g) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 11 lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

#### XI. Corespondența

**Art. 14.** - Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților. 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. 15.** - În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

**Art. 16.** - Dacă o clauză a acestui 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 puțință spiritului contractului.

**XIII. Soluționarea litigiilor**

**Art. 17. - (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 depistarea precoce activă a cancerului de col uterin 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 al Direcției management și economice, ..... Director al Direcției relații cu furnizorii, ..... Medic-șef, ..... Vizat Compartiment juridic contencios și aplicare acorduri internaționale	Furnizor de servicii medicale Reprezentant legal, .....
---	---

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

**ANEXA Nr. 4**  
**la normele metodologice**

Furnizorul de servicii medicale în asistența medicală primară

.....  
 Numele și prenumele medicului de familie

.....  
 Adresa furnizorului

.....  
 Telefon

**TABEL DE CATAGRAFIE**  
 cuprinzând femeile eligibile pentru subprogramul de screening  
 pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin  
 Nr. .... /data .....

Nr. crt.	Numele și prenumele	CNP	Adresa completă	Telefon	Mențiuni speciale
0	1	2	3	4	5

Reprezentant legal,  
 .....  
 (semnătura și ștampila)

**ANEXA Nr. 5**  
**la normele metodologice**

Furnizorul de servicii medicale în asistența medicală primară ..... Adresa: ..... Număr contract încheiat cu CAS: ..... .....	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale ..... Medic de familie .....
---	---

**BORDEROU CENTRALIZATOR**  
 pentru luna ..... anul .....

Nr. crt.	CNP al femeii consultate pentru care medicul de familie a primit scrierile medicale de la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie	Data acordării serviciului	Seria formularului	Tarif/serviciu (lei)	Total sumă de decontat (lei)
00	C1	C2	C3	C4	C5
1				5	5
2					
3					
4					
<b>TOTAL:</b>	X	X	X	X	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.  
 Reprezentant legal,  
 .....  
 (semnătura și ștampila)

Furnizorul de servicii medicale de specialitate obstetrică-ginecologie  
.....  
Adresa: .....  
Număr contract încheiat cu CAS:  
.....

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
.....  
Medic de obstetrică-ginecologie  
.....

**BORDEROU CENTRALIZATOR**  
pentru luna ..... anul .....

Nr. crt.	CNP al femeii cu FS1 completat în integralitate	Seria formularului	Data recoltării	Data interpretării frotiului	Tarif/serviciu (lei)	Total sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					150	150
2						
3						
4						
TOTAL:	x	x	x	x	x	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

.....

(semnătura și ștampila)