

ORDIN

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

Având în vedere Referatul de aprobare nr.din2022 al Ministerului Sănătății și nr. DG din2022 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și coplețările ulterioare,

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

Art. I.

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La anexa nr. 2, la art. 1, punctul 3 al literei a) de la alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“3. Programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână. În situația în care, pentru accesul persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, furnizorul solicită majorarea programului de lucru al cabinetului medical cu

până la două ore zilnic și/sau modificarea raportului prevăzut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin, se încheie act adițional la contract. Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel puțin o oră.”

2. La anexa nr. 2, articolul 15, alineatul (2), litera (c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic, pentru fiecare consultație în minus față de 20 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 30 ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi raportate este de 20 puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate și raportate în medie pe zi este de 24 consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 24 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 35 ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi raportate este de 24 puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate și raportate în medie pe zi este de 28 consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 28 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 40 ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi raportate este de 28 puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate și raportate în medie pe zi este de 32 consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 32 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.”

3. La anexa nr. 2, articolul 15, alineatul (2), după litera c), se introduce o literă nouă, litera (d), cu următorul cuprins:

„d) Prin excepție de la prevederile lit. a) – c), în trimestrul IV, numărul de consultații și punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi acordate în medie pe zi, raportat la programul de lucru al unui medic la cabinet, prevăzute lit. a) – c), se calculează la nivelul fiecărei luni.”

4. La anexa nr. 10, litera A, punctul 1, subpunctul 1.1, sub tabel, prima teză de sub tabel se modifică și va avea următorul cuprins:

„Procedurile de la pct. 39 - 46 sunt efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.”

5. La anexa nr. 12, articolul 8, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore – programul furnizorului /punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină fizică și

de reabilitare care își desfășoară într-o formă legală profesia la furnizor/punctul de lucru respectiv, cu excepția localităților/zonelor deficitare pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru care programul furnizorului/punctului de lucru respectiv este acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină fizică și de reabilitare cu fracțiuni de normă; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;”

6. La anexa nr. 28, articolul 8, alineatele (1) - (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) Tariful decontat de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de 204 lei pentru unități specializate private.

(2) Tariful decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu este de 2 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și pentru ambulanțe tip A2 tariful pe km este de 3,05 lei, iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,55 lei.

(3) Tariful decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 128 lei”.

7. La anexa nr. 37, articolul 7, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(g) să întocmească și să prezinte/transmită caselor de asigurări de sănătate documentele necesare, în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare; datele din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte și complete și să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu raportate în SIUI; pentru medicamentele pentru care se încheie contracte cost-volum-rezultat, datele din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte și complete și să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente raportate în platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;”

Art. II. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu data de 1 iulie 2022.

**Ministrul sănătății,
Prof. Univ. Dr. Alexandru RAFILA**

**p. Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate,
Vicepreședinte
Adela COJAN**