

ORDIN Nr. 3253/772/2023

pentru modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

Având în vedere Referatul de aprobare nr. A.R. 17.274/2023 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 3.775/2023 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;

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

- Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, 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. I

Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1 litera A "Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară", la punctul 1.2.3 subpunctul 1.2.3.2, litera c se modifică și va avea următorul cuprins:

"c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste:

- hemoleucogramă completă
- VSH
- glicemie
- colesterol seric total
- LDL colesterol
- creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- PSA la bărbați

- TGO
 - TGP
 - determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)
 - senologie imagistică, examen Babeș-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH și FT4 la femei."

2. În anexa nr. 1 litera A "Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară", la punctul 1.4 "Serviciile diagnostice și terapeutice", punctul 12 din tabel se abrogă.

3. În anexa nr. 1 litera B "Pachetul de servicii de bază în asistența medicală primară", la punctul 1.4 "Serviciile diagnostice și terapeutice", punctul 12 din tabel se abrogă.

4. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (3) litera a), punctele 1 și 2 de la "Pachet minimal" și punctul 1 de la "Pachet de bază" din tabel se modifică și vor avea următorul cuprins:

"A. PACHET MINIMAL		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate persoanelor cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului/cabinet	1 consultație la domiciliu/ cabinet	15 puncte/consultație/ cabinet, 30 de puncte/ consultație/domiciliu - cu durată estimată de 30 de minute
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului/cabinet	1 consultație la domiciliu/ cabinet	15 puncte/consultație/ cabinet, 30 de puncte/ consultație/domiciliu - cu durată estimată de 30 de minute
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 de luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	15 puncte/consultație, cu durată estimată de 30 de minute
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultație/ an/asigurat	10 puncte/consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei		
a) luarea în evidență în primul trimestru; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz	1 consultație	10 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a	1 consultație	pentru fiecare lună 10 puncte/consultație
c) supravegherea, de două ori	2 consultații	10 puncte/consultație

pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv	pentru fiecare lună	
d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate		
d1) la cabinet	1 consultație la cabinet	10 puncte/consultație
d2) la domiciliu	1 consultație la domiciliu	30 de puncte/ consultație
e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere		
e1) la cabinet	1 consultație la cabinet	10 puncte/consultație
e2) la domiciliu	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
.....		
B. PACHET DE BAZĂ		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului/ cabinet	1 consultație la domiciliu/ cabinet	15 puncte/consultație/ cabinet, 30 de puncte/ consultație/domiciliu - cu durată estimată de 30 de minute
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului/cabinet	1 consultație la domiciliu/ cabinet	15 puncte/consultație/ cabinet, 30 de puncte/ consultație/domiciliu - cu durată estimată de 30 de minute
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 de luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	15 puncte/consultație, care durează 30 de minute
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultație/ an/asigurat	10 puncte/consultație"

5. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (3), în tabelul de la litera a), litera l) de la punctul 13 din "Pachet minimal" și litera l) de la punctul 10 din "Pachet de bază" se abrogă.

6. În anexa nr. 2, la articolul 3, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lăuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, concediu pentru îngrijirea copilului bolnav până la 12 ani sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani, vacanță, studii medicale de specialitate și rezidențiat în specialitatea medicină de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt care este trimis în misiune permanentă în străinătate sau lucrează într-o organizație internațională în străinătate, precum și la următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, participare la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una dintre situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună/să transmită (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate documentul justificativ care atestă motivul absenței."

7. În anexa nr. 4, la modelul Convenției de înlocuire și la modelul Convenției de reciprocitate, subpunctul 7 de la punctul III "Motivele absenței" se modifică și va avea următorul cuprins:

"7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav până la 12 ani sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani."

8. În anexa nr. 5, la modelul Convenției de înlocuire, la punctul III "Motivele absenței", subpunctul 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

"8. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav până la 12 ani sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani."

9. În anexa nr. 7, la punctul 1.8.1 "Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical", subpunctele c1.3) și c1.5) ale literei c1) din tabel se modifică și vor avea următorul cuprins:

"c1.3) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist;	30 de puncte/ședință
NOTĂ:	
Începând cu data intrării în vigoare a Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv 1 octombrie 2023, serviciile din pachetul de bază acordate în perioada 1.10.2023 - 31.12.2023 se decontează numai în condițiile în care furnizorul de servicii conexe actului medical care acordă serviciul nu are încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist. În această perioadă asigurații pot beneficia de serviciul de consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist în cadrul pachetului de servicii de bază, dacă nu beneficiază de servicii ce fac obiectul Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.	

Începând cu data de 1 ianuarie 2024, serviciul consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist nu mai face obiectul pachetului de servicii de bază.	
.....	
c1.5) psihoterapie pentru copii/adult;	
NOTĂ: Pentru copii se decontează numai pentru alte afecțiuni decât TSA.	30 de puncte/ședință"
Pentru adulții cu TSA, începând cu data intrării în vigoare a Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv 1 octombrie 2023, serviciile din pachetul de bază acordate în perioada 1.10.2023 - 31.12.2023 se decontează numai în condițiile în care furnizorul de servicii conexe actului medical care acordă serviciul nu are încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist. În această perioadă adulții cu TSA pot beneficia de serviciul de psihoterapie în cadrul pachetului de servicii de bază, dacă nu beneficiază de servicii ce fac obiectul Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.	
Începând cu data de 1 ianuarie 2024, adulții cu TSA nu mai beneficiază de serviciul de psihoterapie pentru această afecțiune în cadrul pachetului de servicii de bază.	

10. În anexa nr. 9, la articolul 7, după litera f) se introduce o nouă literă, litera g), cu următorul cuprins:

"g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale, ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;"

11. În anexa nr. 17, la punctul 1 "Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator", nota 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

"NOTA 3:

Toate examinările histopatologice, citologice și imunohistochimice (cu excepția testelor imunohistochimice și a examenului citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau) din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maximum 6 blocuri."

12. În anexa nr. 17, la punctul 2 "Lista investigațiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară", punctele 125 - 131 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"

125.	RMN extremități nativ genunchi drept și cu substanță de contrast	850,00
126.	RMN extremități nativ genunchi stâng și cu substanță de contrast	850,00
127.	RMN extremități nativ cot drept și cu substanță de contrast	850,00
128.	RMN extremități nativ cot stâng și cu substanță de contrast	850,00
129.	RMN extremități nativ gleznă dreaptă și cu substanță de contrast	850,00
130.	RMN extremități nativ gleznă stângă și cu substanță de contrast	850,00
131.	RMN extremități nativ alte segmente și cu substanță de contrast	850,00

13. În anexa nr. 18, la articolul 4 alineatul (1), al cincilea și al șaselea paragraf se modifică și vor avea următorul cuprins:

"Pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice, citologice, imunohistochimice și de microbiologie, dacă recoltarea probei/probelor se face de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic sau de către medicul de familie, după caz, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul care a făcut recoltarea probei/probelor, din care un exemplar însoțește proba/probele recoltată/recoltate și se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologică împreună cu aceasta/acestea. În cazul recoltării produselor biologice de către furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, exemplarul biletului de trimitere însoțește proba/probele recoltată/recoltate și se transmite furnizorului de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile recomandate prin biletul de trimitere.

La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, cu excepția examinărilor histopatologice, citologice și imunohistochimice, respectiv în cazul recoltării produselor biologice de către furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul va declara pe propria răspundere, pe versoul biletului de trimitere, că a fost sau nu a fost internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor."

14. În anexa nr. 18, articolul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 5

Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță, care se întocmește în 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea și unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere se atașează de către medicul trimițător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, și are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

Valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate ca urmare a acordării consultațiilor medicale pentru prevenție de către medicul de familie este de până la 60 de zile calendaristice."

15. În anexa nr. 21, la articolul 7, litera s) se modifică și va avea următorul cuprins:

"s) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat și prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016 sau a unui medic/a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă pentru laboratoarele de microbiologie organizate în structuri distincte; să asigure prezența unui medic de radiologie-imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat și prevăzut în contract, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore);".

16. În anexa nr. 22, la lista B.3.2, numărul curent 40 se modifică și va avea următorul cuprins:

"40.	Monitorizare afecțiuni oncologice cu minimum 3	1.393 lei/	
	investigații de înaltă performanță	asigurat/	
		trimestrial"	

17. În anexa nr. 22, la lista B.3.2, numărul curent 45 se modifică și va avea următorul cuprins:

"45	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care	1.693 lei/	
	generează spasticitate cu dirijare	asigurat/	
	electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale	trimestru"	
	membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică		
	pentru copii cu greutate peste 25 kg		

18. În anexa nr. 22, la lista B.3.2, după numărul curent 45 se introduce un nou număr curent, numărul curent 45¹, cu următorul cuprins:

"			
---	--	--	--

45^1	Terapia distoniilor musculare cu dirijare	1.693 lei/	
	electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale	asigurat/	
	membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică	trimestru"	
	pentru adulți		

19. În anexa nr. 22, la lista B.3.2, numărul curent 47 se modifică și va avea următorul cuprins:

"47	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care	1.443 lei/	
	generează spasticitate fără dirijare	asigurat/	
	electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale	trimestru"	
	membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică		
	pentru copii cu greutate peste 25 kg		

20. În anexa nr. 22, la lista B.3.2, după numărul curent 47 se introduce un nou număr curent, numărul curent 47^1, cu următorul cuprins:

"			
47^1	Terapia distoniilor musculare fără dirijare	1.443 lei/	
	electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale	asigurat/	
	membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică	trimestru"	
	pentru adulți		

21. În anexa nr. 31 A, la articolul 6 alineatul (1), al patrulea și al cincilea paragraf se modifică și vor avea următorul cuprins:

"În cazul în care asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială solicită să primească aceste servicii. În cazul în care asigurații aflați în evidența unei case de asigurări de sănătate teritoriale solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care este acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. sau casei de asigurări de sănătate teritoriale, după caz. Casa de asigurări de sănătate căreia i se adresează asiguratul certifică încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia acesta prin comunicarea cu casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află asiguratul în termen de 3 zile lucrătoare de la data prezentării/transmiterii recomandării.

În cazul în care asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială acoperită atât cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., cât și cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate teritorială, asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri

medicale la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. sau casei de asigurări de sănătate teritoriale, după caz."

22. În anexa nr. 31 B, la articolul 6 alineatul (1), al patrulea și al cincilea paragraf se modifică și vor avea următorul cuprins:

"În cazul în care asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială solicită să primească aceste servicii. În cazul în care asigurații aflați în evidența unei case de asigurări de sănătate teritoriale solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care este acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. sau casei de asigurări de sănătate teritoriale, după caz. Casa de asigurări de sănătate căreia i se adresează asiguratul certifică încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia acesta prin comunicarea cu casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află asiguratul în termen de 3 zile lucrătoare de la data prezentării/transmiterii recomandării.

În cazul în care asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială acoperită atât cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., cât și cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate teritorială, asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. sau casei de asigurări de sănătate teritoriale, după caz."

23. În anexa nr. 36, la articolul 2, alineatele (1), (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"ART. 2

(1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor costvolum/cost-volum-rezultat, precum și medicamentele imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu este de până la 30 - 31 de zile.

.....

(4) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului, în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1). Dacă situația o impune, medicii din spital pot elibera la externarea asiguratului prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru maximum 90/91/92 de zile, cu excepția medicamentelor ce fac obiectul contractelor costvolum/cost-volum-rezultat, precum și a medicamentelor imunologice folosite

pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu, pentru care durata de prescriere este de până la 30/31 de zile.

(5) Prescripția medicală pentru afecțiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore. Prescripția medicală pentru medicamentele imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia. Prescripția medicală electronică online pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă și care se eliberează de mai multe farmacii atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea din fiecare medicament este valabilă maximum 92 de zile de la data emiterii acesteia în funcție de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea."

24. În anexa nr. 36, la articolul 7, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(4) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B, D și E - secțiunea E1 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate."

25. În anexa nr. 36, la articolul 9, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(2) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (1) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E și medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(3) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, medicamentelor din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene, medicamentelor din rețetele eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, după caz."

26. În anexa nr. 36, la articolul 13, partea introductivă a alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 13

(1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din Catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (Canamed), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D, C - secțiunile C1 și C3 din sublistă și E - secțiunile E1 și E2 din sublistă, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, și se actualizează în următoarele condiții:"

27. În anexa nr. 37, la articolul 7, literele a), b) și e) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, precum și cu medicamentele imunologice cuprinse în sublista E din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) să facă demersurile necesare pentru acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice și în cazul medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017 privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente;

.....
e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la numărul de medicamente, cantitatea și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic, prevenție pentru prescripțiile medicale offline și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante;"

28. În anexa nr. 37, la articolul 7, după litera s) se introduce o nouă literă, litera s¹), cu următorul cuprins:

"s¹) să elibereze medicamentele din sublista E - secțiunile E1 și E2 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit denumirii comerciale prescrise de medic;"

29. În anexa nr. 37, la articolul 8, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

"d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B, D și E - secțiunea E1 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;"

30. În anexa nr. 37, la articolul 9 alineatul (1), al doilea și al treilea paragraf se modifică și vor avea următorul cuprins:

"Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, medicamentele corespunzătoare DCI-

urilor din sublista E și medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, medicamentelor din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene, medicamentelor din rețetele eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, după caz."

31. În anexa nr. 39, la articolul 2, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 2

(1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal al asiguratului sau orice persoană, cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezentanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale, persoane care desfășoară activitate la nivelul acestora), depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și se prezintă certificatul de naștere.

Pentru obținerea protezelor de membru superior, protezelor de membru inferior - proteze definitive, dispozitivelor de protezare stomii - pentru pacienții cu stome permanente, dispozitivelor pentru incontinență urinară - pentru pacienții cu incontinență urinară permanentă, echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP și dispozitivelor de asistare a tusei - pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal al asiguratului sau orice persoană, cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezentanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale, persoane care desfășoară activitate la nivelul acestora), depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical și prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de

presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se specifică în cerere domiciliul copilului și se prezintă certificatul de naștere.

Documentele necesare obținerii dispozitivului medical se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică."

32. În anexa nr. 39, la articolul 3, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical, în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului sau se expediază prin poștă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică cu semnătura extinsă/calificată, în maximum 2 zile de la emitere, în cazul în care asiguratul solicită prin cerere.

În cazul dispozitivelor medicale acordate prin închiriere, în situația în care există continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către același furnizor, casele de asigurări de sănătate vor transmite decizia asiguratului prin mijloace de comunicare electronică cu semnătura extinsă/calificată în ziua emiterii deciziei.

În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat, se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului, prin adresă scrisă, expediată prin poștă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică cu semnătura extinsă/calificată, decizia, în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia, sau necesitatea revizuirii prescripției medicale - numai pentru situațiile în care se impune revizuirea prescripției. Modelul unic de decizie pentru aprobarea procurării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 39 A la ordin."

33. În anexa nr. 39, la articolul 7, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situația în care există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor și continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către același furnizor, decontarea dispozitivului medical se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare.

Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situația în care există continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către același furnizor, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului va depune/transmite, prin poștă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanță, decizia la furnizor, în maximum 2 zile lucrătoare de la data emiterii deciziei."

34. În anexa nr. 39 A, la preambul, ultimul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

"văzând Cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de, depusă de beneficiar, nume și prenume, sau de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de către acesta (prin act notarial/act de reprezentare prin avocat), reprezentantul legal al asiguratului sau orice persoană, cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezentanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale, persoane care desfășoară activitate la nivelul acestora), (nume, prenume, CNP/cod unic de

asigurare, adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în,
CNP/cod unic de asigurare, prescripția medicală pentru acordarea de
dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de
medicul de specialitate dr., din unitatea sanitară,

în temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea directorului general al Casei de Asigurări de
Sănătate nr.,".

**35. În anexa nr. 47, la punctul 11 subpunctul 11.5, litera a) se modifică și va avea următorul
cuprins:**

"a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator - prezentarea cardului național
de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare
proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția cazului în care recoltarea produselor
biologice se face de către furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv în cazul serviciilor
paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii
de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și
examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimitere, se
utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă
acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator, se utilizează
cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie,
citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, precum și
în cazul în care recoltarea produselor biologice se face de către furnizorul de îngrijiri medicale la
domiciliu, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele
de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru
investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe
biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie,
după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator, nu este necesară prezentarea
cardului național de asigurări sociale de sănătate."

36. În anexa nr. 47, punctul 15 se modifică și va avea următorul cuprins:

"15. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției
persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, cu modificările și completările
ulterioare, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației
în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale și a serviciilor conexe actului medical
se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal
sau a cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului, dacă reprezentantul legal nu poate
prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice prezintă în prealabil la casa
de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana pe care o reprezintă documentul prin
care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării acestui document în evidențele
proprii ale casei de asigurări de sănătate."

37. La anexa nr. 50, titlul se modifică și va avea următorul cuprins:

**"Dispoziții pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - IX din Ordonanța de
urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de
sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative,
cu modificările și completările ulterioare"**

ART. II

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

(2) Prevederile de la art. I pct. 16, 17, 18, 19 și 20 intră în vigoare începând cu data de 1
octombrie 2023.

p. Ministrul sănătății,
Adriana Pistol,
secretar de stat

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Romică-Andrei Baci