

Nr./.....2024

Nr./.....2024

ORDIN

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. 1857/441/2023

Având în vedere Referatul de aprobare nr. al Ministerului Sănătății și nr. 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, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 2, la articolul 1, alineatul (2), litera a), punctele 3 și 4 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„3. Pentru un număr de până la 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie 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 numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi cu până la două ore zilnic și/sau se poate modifica în sensul schimbării 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.

Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel puțin o oră pe zi. Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajați ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 10 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază cabinetului, fără ca numărul de ore de program de la punctul de lucru să îl depășească pe cel corespunzător normei de bază.

4. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 17.850 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 17.851-20.300;
- cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 20.301 – 24.350;
- cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 24.350.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 17.850, dar nu mai mult de 20.300 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 20.300 dar nu mai mult de 24.350 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 24.350 dar nu mai mult de 28.400 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;
- pentru medicii de familie care au înscrși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 28.400 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;"

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

„e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata "per capita". Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata "per capita" aferentă anului în curs, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie. Începând cu activitatea anului 2024, serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata "per capita". Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele

prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata "per capita" aferentă anului în curs."

3. În anexa nr. 2, la articolul 2, alineatul (3), după litera b), se introduce o nouă literă, litera b¹), cu următorul cuprins:

„b¹) În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană. În situația în care se acordă două sau mai multe consultații în aceeași zi pentru aceeași persoană, se decontează prin tarif pe serviciu medical consultația cu cel mai mare punctaj. Medicul eliberează toate documentele necesare urmare a consultațiilor acordate. Pentru persoanele asigurate, se eliberează formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate."

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

„(3) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

2.2. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%.

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%.

4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în luna ianuarie 2024;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1 - 4, care se repartizează astfel:

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical."

5. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (1¹) se introduce un nou alineat, alineatul (1²), cu următorul cuprins:

“(1²) Pentru lunile februarie - decembrie 2024 valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 7,7 lei."

6. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (2¹) se introduce un nou alineat, alineatul (2²), cu următorul cuprins:

„(2²) Pentru lunile februarie - decembrie 2024 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, unică pe țară, este de 6,2 lei.”

7. La anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

„(5) Pentru lunile februarie - decembrie 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical prevăzută la alin. (2²).”

8. La anexa nr. 2, la articolul 11, alineatul (5) se abrogă.

9. La anexa nr. 2, la articolul 15, alineatul (4) se abrogă.

10. La anexa nr. 2, la articolul 15, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Serviciile medicale realizate de medicii de familie care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) și alin. (1) ale prezentului articol, sunt incluse în plata per capita, aferentă anului în curs.

11. În Anexa nr. 3, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

12. În Anexa nr. 3, la articolul 8, la alineatul (1) litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

13. La anexa nr. 3, la articolul 9, punctul 1, subpct. 1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.4. Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 12 lei pentru luna ianuarie 2024, respectiv de 7,7 lei pentru perioada februarie – decembrie 2024.”

14. La anexa nr. 3, la articolul 9, punctul 2, subpct. 2.2 și 2.3. se modifică și vor avea următorul cuprins:

„2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, este de 8 lei pentru luna ianuarie 2024, respectiv de 6,2 lei pentru perioada februarie – decembrie 2024.

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei pentru luna ianuarie 2024, respectiv de 6,2 lei pentru perioada februarie – decembrie 2024. Plata pe serviciu medical diagnostic și

terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

15. În Anexa nr. 6, la articolul 4, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenție, pe baza facturii însoțită de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

16. În Anexa nr. 6, la articolul 6, alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

17. În Anexa nr. 6a, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate efectuate, raportate și validate conform normelor;”

18. În Anexa nr. 6a, la articolul 8, alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

19. La anexa nr. 6a, la articolul 9, punctul 1, subpct. 1.2 și 1.3. se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, este de 8 lei pentru luna ianuarie 2024, respectiv de 6,2 lei pentru perioada februarie – decembrie 2024.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei pentru luna ianuarie 2024, respectiv de 6,2 lei, pentru perioada februarie – decembrie 2024. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

20. La anexa nr. 8, la articolul 4, alineatul (3¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3¹) Pentru luna ianuarie 2024 valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, este în valoare de 4,5 lei. Pentru lunile februarie – decembrie 2024 valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, este în valoare de 3,3 lei.”

21. La anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (4) se introduce un alineat nou, alin. (4¹) cu următorul cuprins:

„(4¹) Prin excepție de la alin. (4), în anul 2024, pentru perioada februarie – decembrie 2024, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național, se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 și suma destinată plății activității desfășurate în luna ianuarie a anului 2024.”

22. La anexa nr. 8, la articolul 4, alineatul (5) se abrogă.

23. În anexa nr. 9, la articolul 6, literele b) și n) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;

(...)

n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;”

24. La anexa nr. 9, la articolul 8, literele a) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispozițiile art. 223 și art. 337 alin. (2¹), (3) și (4) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(...)

d) pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii pot elibera bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;”

25. La anexa nr. 15, la articolul 3, alineatul (1), litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 6.000 lei/lună. Pentru perioada februarie 2024 – decembrie 2024 suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 3.175 lei/lună. Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.”

26. La anexa nr. 22, Capitolul I, litera B, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi), dar nu mai puțin de 3 ore/vizită (zi), cu excepția serviciilor acordate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății.

Toate serviciile medicale și procedurile chirurgicale se acordă obligatoriu în intervalul orar de la deschiderea și până la închiderea Fișei de spitalizare de zi. În caz contrar serviciul acordat nu se decontează.”

27. În Anexa nr. 31 A, la articolul 4, prima teză de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcție de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate conform normelor și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. (...)”

28. În Anexa nr. 31 B, la articolul 4, prima teză de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate, raportate și validate conform normelor și tariful pe zi de îngrijire paliativă, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. (...)”

29. În Anexa nr. 32 A, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor anexei 31 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;”

30. În Anexa nr. 32 A, la articolul 8, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

31. În Anexa nr. 32 A, la articolul 10, prima teză de la alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcție de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate conform normelor și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. (...)”

32. În Anexa nr. 32 B, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor anexei 31 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;”

33. În Anexa nr. 32 B, la articolul 8, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme;”

34. În Anexa nr. 32 B, la articolul 10, prima teză de la alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în limita valorii lunare de contract, în funcție de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat conform normelor, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și de tariful pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu.(...)”.

35. La anexa nr. 50, la articolul 5, alineatele (1) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“Art. 5. - (1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

.....
(5) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice și boală cronică renală, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective.”

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

Ministrul sănătății
Alexandru RAFILA

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Cristian Georgică CELEA
Vicepreședinte

Nr...../.....

Nr...../.....

APROBAT
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
Prof. Univ. Dr. Alexandru RAFILA

APROBAT
p. PREȘEDINTE
Conf. Dr. Cristian CELEA
Vicepreședinte

REFERAT

de aprobare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 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. 1857/441/2023

Având în vedere:

- prevederile Hotărârii Guvernului nr./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;
- dispozițiile art. 229 alin. (4) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;
- 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,

propunem aprobarea Ordinului anexat, cu mențiunea că prevederile proiectului de act normativ au avut în vedere: orientarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru rezolvarea nevoilor pacienților la nivele de asistență care să permită cheltuiala cu eficiență a bugetului fondului național unic de asigurări sociale de sănătate; îmbunătățirea managementului fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Proiectul de act normativ conține următoarele elemente de noutate:

I. În asistența medicală primară:

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în luna ianuarie 2024;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1–4, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

Norma propusă are în vedere necesitatea menținerii în luna ianuarie 2024 a valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu în asistența medicală primară și calculul unor noi valori de puncte per capita și pe serviciu valabile pentru perioada februarie - decembrie 2024, calculate în concordanță cu fondurile aprobate pentru acest domeniu de asistență medicală prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024.

Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 7,7 lei, valabilă pentru perioada februarie-decembrie 2024.

Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, este unică pe țară și este de 6,2 lei, valabilă pentru perioada februarie-decembrie 2024.

Programul de lucru al medicilor de familie se poate prelungi numai în situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie este mai mare de 2.200 – număr maxim de persoane înscrise pe listă pentru asigurarea calității asistenței medicale sau se poate modifica, prin modificarea raportului între programul la cabinet și programul la domiciliu.

Pentru descurajarea listelor de capitație cu peste 2.200 de pacienți, având în vedere calitatea actului medical și accesul pacienților la servicii, se diminuează treptat plata per capita pentru medicii de familie cu liste mari.

Se propune eliminarea regularizării la 11 luni, prin care suma rămasă neconsumată în bugetul FNUASS alocată asistenței medicale primare se repartizează proporțional cu consultațiile realizate în timpul anului, care depășesc programul de lucru, pentru o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS.

Pentru claritatea reglementărilor și implicit o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS, s-a precizat că în asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană, prin care este abordată în integralitate starea de sănătate a pacientului. În situația în care se acordă două sau mai multe consultații în aceeași zi pentru aceeași persoană, se decontează prin tarif pe serviciu medical consultația cu cel mai mare punctaj. Urmare actului medical, medicul eliberează toate documentele necesare pacientului (de ex. eliberarea de prescripții medicale atât pentru simptomele acute cât și pentru afecțiunile cronice ale pacientului, bilete de trimitere, recomandări).

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

Pentru anul 2024, pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național, se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, precum și suma destinată plății activității desfășurate în luna ianuarie a anului 2024.

Norma propusă are în vedere necesitatea menținerii în luna ianuarie 2024 a valorii garantate a punctului pe serviciu în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și calculul unei noi valori de punct pe serviciu valabilă pentru perioada februarie - decembrie 2024, calculată în concordanță cu fondurile aprobate pentru acest domeniu de asistență medicală prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024.

Se propune eliminarea regularizării la 11 luni, prin care suma rămasă neconsumată în bugetul FNUASS alocată asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialități clinice se repartizează proporțional cu consultațiile realizate în timpul anului, care depășesc programul de lucru, pentru o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS.

Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 3,3 lei, valabilă pentru perioada februarie - decembrie 2024.

- asistența medicală stomatologică:

Pentru perioada februarie 2024 – decembrie 2024 suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 3.175 lei/lună, cu încadrare în suma aprobată pentru acest domeniu de asistență medicală pentru perioada corespunzătoare.

- în asistența medicală spitalicească:

Pentru creșterea calității serviciilor acordate în regim de spitalizare de zi, se reglementează o limită minimă pentru acordarea serviciului de spitalizare de zi, respectiv o durată de minim 3 ore/vizită (zi), cu excepția serviciilor acordate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății.

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice:

În aplicarea dispozițiilor art. I pct 1 din Legea nr. 378/2023 pentru aprobarea Ordonanței 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, în lista afecțiunilor pentru care, pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se suplimentează sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate după încheierea lunii în care au fost acordate, prin acte adiționale, se introduce boala cronică de rinichi.

DIRECTOR GENERAL
Costin ILIUȚĂ

DIRECTOR GENERAL
Corina Cătălina LIȚU