

**ORDIN**

**privind modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 563/2023 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special**

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției Reglementări și Norme de Contractare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. RN 165 din 22.01.2024,

**având în vedere dispozițiile:**

- art. 192 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea 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;
- Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 privind aprobarea 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, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare.

**în temeiul prevederilor:**

- art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, 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,

**președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emite următorul ordin:

**Art. I.** - Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 563/2023 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 668 și 668 bis din 20 iulie 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 2, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 2. - (1) Anexele nr. 1-a - 1-l, 2-a - 2-n, 3-a - 3-j, 4-a - 4-c, 5-a - 5-f, 6-a, a-b, 7.1, 7.2 și 8-a - 8-d \*) fac parte integrantă din prezentul ordin.”

2. După anexa nr. 1-j se introduc două noi anexe, anexele nr. 1-k și 1-l, având cuprinsul prevăzut în anexele nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din prezentul ordin .

**3.** - În tot cuprinsul Ordinului, sintagmele „prescripțiilor 0 - 1.608 lei” și „pensionari 0 - 1.608 lei” se modifică și se înlocuiesc cu sintagmele „prescripțiilor 0 - 1.830 lei” și „pensionari 0 - 1.830 lei”.

**Art. II.**

- (1) Prevederile prezentului ordin se aplică începând cu raportarea activității lunii ianuarie 2024.
- (2) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**PREȘEDINTE**  
**Valeria HERDEA**

**Anexa 1**  
**(Anexa 1-k la Ordinul 563/2023)**

Casa de asigurări de sănătate  
 .....  
 Furnizorul de servicii medicale  
 .....  
 Localitate.....  
 Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic de familie.....  
 (nume, prenume)  
 CNP medic de familie.....

**DESFĂȘURĂTORUL PRIVIND NUMĂRUL DE CHESTIONARE CARE VIZEAZĂ ARII DE DEZVOLTARE PSIHO-MOTORII CARE AR PUTEA FI AFECTATE ÎN TULBURAREA DE SPECTRU AUTIST, APLICATE COPILOR ÎNSCRIȘI PE LISTA PROPRIE DE CĂTRE DR..... (nume și prenume medic)**

LUNA ..... ANUL .....

Nr. crt.	Nume și prenume	Gen*)		Cod Numeric Personal/ Cod Unic de Identificare	Vârsta împlinită în luni
		M	F		
<i>c1</i>	<i>c2</i>	<i>c3</i>		<i>c4</i>	<i>c5</i>
1.					
2.					
...					
<b>TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 12 -14 luni**)</b>		<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
1.					
2.					
...					
<b>TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 15-17 luni**)</b>		<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
1.					
2.					
...					

<b>TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 18 -23 luni**)</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
1.				
2.				
...				
<b>TOTAL nr. chestionare aplicate copiilor de 24-36 luni***)</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

\*) Se va bifa genul copilului căruia i se aplică chestionarul.

\*\*\*) conform literei c) de la punctul A din Anexa 2 B la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

\*\*\*\*) conform literei d) de la punctul A din Anexa 2 B la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Notă: Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

**semnătură electronică extinsă/calificată**

**Anexa 2  
(Anexa 1-I la Ordinul 563/2023)**

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale

.....

Localitate.....

Județ.....

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

**I. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND NUMĂRUL DE RISCOGRAME APLICATE  
PERSOANELOR ASIMPTOMATICE, CU VÂRSTA DE PESTE 40 DE ANI,  
ÎNSCRISE PE LISTA PROPRIE DE CĂTRE  
DR. .... (nume și prenume)**

**LUNA ..... ANUL .....**

Nr. Crt.	Nr. de riscograme pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie [pentru adulții asimptomatici care nu sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice]*)	Nume prenume	Cod Numeric Personal/ Cod Unic de Identificare
	Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază		
		...	
<b>TOTAL 1</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
	Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal		
		...	
<b>TOTAL 2</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
	Pentru beneficiari ai formularelor/documentelor europene		
		...	
<b>TOTAL 3</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			

\*) conform punctului B.2. din Anexa 2 B la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Notă: Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

**semnătură electronică extinsă/calificată**

**II. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND NUMĂRUL DE RISCOGRAME APLICATE ADULȚILOR CU VÂRSTA ÎNTRE 40 ȘI 60 DE ANI, ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE AFECȚIUNI CRONICE, CARE SUNT ÎNSCRIȘI PE LISTA PROPRIE, DE CĂTRE DR. .... (nume și prenume)**

LUNA ..... ANUL .....

NR. CRT.	Nr. de riscograme pentru adulții cu vârsta între 40 și 60 de ani înscrși pe lista medicului de familie [pentru depistare precoce a unor	Nume prenume	Cod Numeric Personal/ Cod Unic de Identificare

	<b>afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice]*)</b>		
	<b>Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază</b>		
		...	
<b>TOTAL 1</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
	<b>Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal</b>		
		...	
<b>TOTAL 2</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
	<b>Pentru beneficiari ai formularelor/documentelor europene</b>		
		...	
<b>TOTAL 3</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			

\*) conform punctului C din Anexa 2 B la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Notă: Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

**semnătură electronică extinsă/calificată**

**III. DESFĂȘURĂTOR PRIVIND NUMĂRUL DE RISCOGRAME APLICATE  
ADULȚILOR CU VÂRSTA DE PESTE 60 DE ANI ÎNREGISTRAȚI LA MEDICUL  
DE FAMILIE CU UNA SAU MAI MULTE AFECȚIUNI CRONICE, CARE SUNT  
ÎNSCRIȘI PE LISTA PROPRIE, DE CĂTRE  
DR. .... (nume și prenume)**

**LUNA ..... ANUL .....**

<b>NR. CRT.</b>	<b>Nr. de riscograme pentru adulții cu vârsta de peste 60 de ani înscrși pe lista medicului de familie [pentru depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice]*)</b>	<b>Nume prenume</b>	<b>Cod Numeric Personal/ Cod Unic de Identificare</b>

	<b>Pentru persoane asigurate beneficiare ale pachetului de bază</b>		
		...	
<b>TOTAL 1</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
	<b>Pentru persoane neasigurate beneficiare ale pachetului minimal</b>		
		...	
<b>TOTAL 2</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
	<b>Pentru beneficiari ai formularelor/documentelor europene</b>		
		...	
<b>TOTAL 3</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			

\*) conform punctului D din Anexa 2 B la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Notă: Desfășurătorul se întocmește distinct pentru fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, care are contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cu o casă de asigurări de sănătate.

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
Reprezentantul legal al furnizorului**

.....

**semnătură electronică extinsă/calificată”**