

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 3.253 din 21 septembrie 2023

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 772 din 18 septembrie 2023

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. 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 femeii simptomatice, TSH și FT4 la femeii.”

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

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:

<p>„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;</p> <p>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 de consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist nu mai face obiectul pachetului de servicii de bază.</p>	30 de puncte/ședință
<p>c1.5) psihoterapie pentru copii/adult;</p> <p>NOTĂ: Pentru copii se decontează numai pentru alte afecțiuni decât TSA. 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.</p>	30 de puncte/ședință”

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:

„NOTĂ 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 ambulatoriu 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,

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 cost-volum/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 cost-volum/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

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 emiterie, 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 Baciu