

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

pentru modificarea și completarea anexei nr. 2 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 641/2021 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale nr. DRC 48 din 20.01.2022 și al Direcției generale medic șef din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. MSSM 201 din 20.01.2022,

în temeiul dispozițiilor:

— 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;

— art. 96 alin. (1) lit. a), b) și g) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, cu modificările și completările ulterioare;

— Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, cu modificările și completările ulterioare;

— Ordinului ministrului sănătății nr. 1.513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de către Institutul Național de Sănătate Publică, de către unitățile sanitare, precum și de către serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București—Ilfov și de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare;

— Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. I. — Anexa nr. 2 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 641/2021 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 672 din 7 iulie 2021, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Punctul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„7. C07 Fișe de spitalizare de zi pentru același serviciu/tip de caz, în același spital, care se suprapun în timp

Motiv: Într-un spital nu se pot întocmi concomitent pentru un pacient fișe de spitalizare de zi pentru același serviciu/tip de caz. Concomitența pentru spitalizarea de zi conform listelor B.1, B.2, B.3.2, B.4.1 și B.4.2 din anexa nr. 22 și listei de servicii de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, cu modificările și completările ulterioare, se aplică la nivel de interval între data

deschiderii fișei și data închiderii fișei. Concomitența pentru spitalizarea de zi conform listei B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, se aplică la nivel de vizită.”

2. La punctul 8 regula C10, secțiunea „Excepții” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Excepții: Fișele de tip serviciu întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în listele B.3, B.4.1 și B.4.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, precum și cele întocmite pentru serviciile de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare și prevăzute în lista de la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.”

3. Punctul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„9. C11 Servicii pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la tipul acestora

Excepții: Fișele de tip caz rezolvat întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în listele B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, pentru fișele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie să fie inclus în listele B.3.1, B.3.2, B.4.1 și B.4.2 din anexa nr. 22 și în lista serviciilor de spitalizare de zi acordate în centrele de

evaluare prevăzută la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, iar poziții distincte din aceste liste nu pot exista concomitent pe aceeași fișă/vizită.

Algoritm: Nu se confirmă foile de spitalizare de zi care conțin două sau mai multe servicii diferite din listele B.3.2, B.4.1 și B.4.2 și din lista serviciilor acordate în centrele de evaluare pe aceeași vizită sau pe vizite diferite. Nu se confirmă vizitele cu serviciu B.3.2, B.4.1 și B.4.2 și serviciu din lista celor acordate în centrele de evaluare raportate pe o foaie de spitalizare de zi cu restul serviciilor de tip B.3.1. Nu se confirmă vizitele care au și serviciu B.3.1 și servicii B.3.2, B.4.1 și B.4.2, precum și servicii din lista celor acordate în centrele de evaluare.”

4. După punctul 18 se introduce un nou punct, punctul 19, cu următorul cuprins:

„19. C25 Servicii medicale standardizate care nu îndeplinesc toate condițiile obligatorii din lista serviciilor de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare, listă prevăzută la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui

Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

Algoritm: Pentru fiecare poziție din lista serviciilor de spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare, listă prevăzută la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, se verifică dacă sunt raportate pe aceeași vizită sau pe vizite diferite toate condițiile din coloana «Servicii obligatorii» din nomenclatorul specific.”

Art. II. — (1) Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

(2) Prevederile prezentului ordin sunt aplicabile pentru raportarea în luna februarie 2022 a activității aferente lunii ianuarie 2022.

Art. III. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

București, 20 ianuarie 2022.
Nr. 40.

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

privind completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021 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 135 din 20.01.2022,

în temeiul prevederilor:

— titlului VIII — Asigurările sociale de sănătate din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

— Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, cu modificările și completările ulterioare;

— Ordinului ministrului sănătății nr. 1.513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de către Institutul Național de Sănătate Publică, de către unitățile sanitare, precum și de către serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București—Ilfov și de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare;

— 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. 705/2021 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. 731 și 731 bis din 26 iulie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se completează după cum urmează:

1. La anexa 3-h, după tabelul 1.1 D se introduce un nou tabel, tabelul 1.1 E, cu următorul cuprins:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1—15 LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,NOTĂ:
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI."

2. La anexa 3-h, după tabelul 1.2 D se introduce un nou tabel, tabelul 1.2 E, cu următorul cuprins:

ANEXA 3-h

1.2 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale — caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,NOTĂ:
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI."

3. La anexa 3-h, după tabelul 1.3 D se introduce un nou tabel, tabelul 1.3 E, cu următorul cuprins:

ANEXA 3-h

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

**) Validarea serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale — caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,NOTĂ:
Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI."

4. În anexa 3-i la punctul 1.1, după tabelul D se introduce un nou tabel, tabelul E, cu următorul cuprins:

„E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		X	

*) Lista serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale — caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești."

5. În anexa 3-i la punctul 1.2, după tabelul D se introduce un nou tabel, tabelul E, cu următorul cuprins:

„E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		X	

*) Lista serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale — caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești."

6. În anexa 3-i la punctul 1.3, după tabelul D se introduce un nou tabel, tabelul E, cu următorul cuprins:

„E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		X	

*) Lista serviciilor medicale — caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale — caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 2 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

NOTĂ:

Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.”

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

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

București, 20 ianuarie 2022.

Nr. 45.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro

Adresa Biroului pentru relații cu publicul este:
Str. Parcului nr. 65, intrarea A, sectorul 1, București; 012329.
Tel. 021.401.00.73, e-mail: concursurifp@ramo.ro, convocariaga@ramo.ro
Pentru publicări, încărcăți actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro/brp/>



