

**Nr. / 2010**

**Nr. / 2010**

**Aprobat,**

**Aprobat,**

**Ministru**

**Președinte**

**CSEKE ATTILA**

**NICOLAE LUCIAN DUȚĂ**

## **REFERAT**

**pentru aprobarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010**

Având în vedere:

- prevederile Hotărârii de Guvern nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare;

- dispozițiile art. 217 alin. (5) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

propunem aprobarea Ordinului alăturat, având în vedere următoarele elemente de noutate:

- au fost detaliate situațiile posibile privind modalitatea de acordare și decontare a numărului maxim de consultații ce pot fi acordate pentru afecțiunile acute de către medicii de familie și de către medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriu despecialitate;

- au fost prevăzuți indicatorii care se au în vedere în cadrul criteriilor pentru respectarea modalităților de prescriere, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală la nivelul asistenței medicale primare;

- în cadrul specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, a fost introdusă și specialitatea „chirurgie vasculară” având în vedere faptul că unele servicii aferente acestei specialități pot fi acordate în ambulatoriu;

- pentru investigația paraclinică „examen citologic al frotiului de sânge” s-a făcut precizarea că se poate deconta de casa de asigurări de sănătate fără recomandarea medicului specialist din

ambulatoriul de specialitate clinic, dacă este considerat necesar a fi efectuat, pe răspunderea medicului de laborator, respectiv a specialiștilor cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie;

- au fost introduse precizări privind situațiile în care se întrerupe cura de recuperare sau cura de tratament în acupunctură, respectiv cu privire la modalitatea de decontare a serviciilor de recuperare / acupunctură în situațiile menționate anterior, în vederea utilizării eficiente a fondului alocat cu această destinație;

- pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu s-a stabilit că primele 30 de zile de îngrijiri sunt decontate de casele de asigurări de sănătate la tariful prevăzut în Anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate nr. 265/408/2010, iar pentru zilele ce depășesc primele 30 de zile decontarea se face la un tarif ce reprezintă 50% din tariful stabilit prin actul normativ menționat anterior;

- reglementările privind modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, inclusiv cele privind prețul de referință al medicamentelor, respectiv procentul din prețul de referință, decontat de casele de asigurări de sănătate, modificate în concordanță cu reglementările Hotărârii Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

Prin aceste reglementări se are în vedere schimbarea modalității de prescriere a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și control al acesteia, întărirea disciplinei în eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală, conștientizarea asiguraților asupra posibilităților de tratament și a costurilor inerente și implicarea medicilor în asigurarea unor terapii cost-eficiente. Obiectivele urmărite sunt asigurarea accesului la tratamentul necesar, egalitatea de șansă în accesul la tratament, asigurarea unui tratament eficient, limitarea creșterii costurilor cu medicamentele în ambulator

**SECRETAR GENERAL**

**GHEORGHE SÂRB**

**DIRECTOR GENERAL**

**DORIN IONESCU**

**ORDIN**

**privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare**

În temeiul prevederilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății;
- Hotărârii Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

având în vedere Referatul de aprobare nr. .... din ..... 2010 al Ministerului Sănătății și nr. .... din ..... 2010 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

**ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emit următorul ordin:

**Art. I.** – Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 207 și nr. 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare se modifică și se completează după cum urmează:

1. În Anexa nr.1, Nota de la Capitolul II se modifică și va avea următorul cuprins:

Notă: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care cele 3 consultații au fost acordate de către medicul de familie, acesta nu mai poate elibera bilet de trimitere către alte specialități. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, celelalte consultații până la nivelul maxim de 3, pot fi acordate de către medicul / medicii de specialitate, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, pe care se va menționa numărul de consultații acordate. ”

2. În Anexa nr.1, literele c) și d) de la litera E din Capitolul III se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, ;”

d) epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la litera c),

3. În Anexa nr.1, Nota 2 de la litera F din Capitolul III se completează și va avea următorul cuprins:

„Nota 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care cele 3 consultații au fost acordate de către medicul de familie, acesta nu mai poate elibera bilet de trimitere către alte specialități. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, celelalte consultații până la nivelul maxim de 3, pot fi acordate de către medicul / medicii de specialitate, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, pe care se va menționa numărul de consultații acordate”

4. În Anexa nr. 1, la capitolul III, litera J, se modifică și va avea următorul cuprins:

„J. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri.

Medicul de familie poate emite prescripții medicale lunare pentru bolile cronice, aferente consultației efectuate în vederea dispensarizării/monitorizării bolnavilor cu afecțiuni cronice, inclusiv pentru afecțiunile cronice care se regăsesc în Anexa nr. 39 A și pentru care se decontează o consultație la un interval de timp de minimum 3 luni.”

5. În Anexa nr.2, după articolul 18 se introduce un articol nou, articolul 19, cu următorul cuprins:

„Art. 19 Criteriile pentru respectarea modalităților de prescriere respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu au în vedere următorii indicatori:

a) consumul mediu de medicamente / grupă de boli / nr. de CNP-uri / lună calculat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate;

b) numărul de CNP-uri beneficiare de prescripții medicale înscris la medicul de familie, la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, pentru grupele de boli avute în vedere pentru calculul indicatorului de la lit.a);

La calculul acestor indicatori se utilizează datele aferente trimestrului I 2010.”

6. În Anexa nr. 6, litera i) de la art.4 se abrogă.

7. În Anexa nr. 7, ultima teză de la litera B din Capitolul I se modifică și va avea următorul cuprins:

„Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 2 consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Medicul de specialitate din ambulatoriul clinic care acordă o consultație pe baza biletului de trimitere eliberat de un alt medic de specialitate din ambulatoriu nu mai poate elibera bilet de trimitere către un alt medic de specialitate din ambulatoriul clinic.

- dacă medicul de familie a acordat 2 consultații, medicul de specialitate mai poate acorda 1 singură consultație și nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.”

8. În Anexa nr.7, punctul 1 de la litera C din Capitolul I, la al treilea paragraf, prima teză după liniuța a 3-a, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 2 consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Medicul de specialitate din ambulatoriul clinic care acordă o consultație pe baza biletului de trimitere eliberat de un alt medic de specialitate din ambulatoriu nu mai poate elibera bilet de trimitere către un alt medic de specialitate din ambulatoriul clinic.

- dacă medicul de familie a acordat 2 consultații, medicul de specialitate mai poate acorda 1 singură consultație și nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.”

**9. În Anexa nr. 7, după punctul 2 se introduce un punct nou, punctul 2<sup>1</sup>, cu următorul cuprins:**

„2<sup>1</sup>. Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate distinct de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și rezolvată la nivelul cabinetului, fără a fi trimis pacientul către alte structuri specializate.”

**10. În Anexa nr. 7, la capitolul I, litera C, pct. 2, Nota se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Notă: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică - epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz”

**11. În Anexa nr.7, la punctul 3 de la litera C din Capitolul I, se introduce un subpunct nou - subpunctul 34, cu următorul cuprins:**

„34. Chirurgie vasculară”.

**12. În Anexa nr.7, la Capitolul I, după Nota 3 se introduce o notă nouă, Nota 4 cu următorul cuprins:**

„Nota 4: „Medicul de specialitate poate emite prescripții medicale lunare pentru bolile cronice, aferente consultației efectuate în vederea dispensarizării/monitorizării bolnavilor cu afecțiuni cronice, inclusiv pentru afecțiunile cronice care se regăsesc în Anexa nr. 39 A și pentru care se decontează o consultație la un interval de timp de minimum 3 luni.”

**13. În anexa nr. 7, la pct. \*3) de la Nota 1 de la Capitolul II, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„\*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie. Se poate deconta fără recomandarea medicului specialist din ambulatoriul clinic, dacă este considerat necesar a fi efectuat, pe răspunderea medicului de laborator, respectiv a specialiștilor cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie, cu încadrarea în maxim 10% din numărul total al hemoleucogramelor raportate de furnizorul respectiv și decontate de casele de asigurări de sănătate

pentru care nu a existat recomandarea de la medicul de specialitate pentru „examen citologic al frotiului sanguin”.

**14. În Anexa nr. 8, teza a doua de la alin. (2) al art. 3 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Numărul serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat și care se află într-o relație contractuală cu persoana fizică sau juridică autorizată să le efectueze, se decontează de către casele de asigurări de sănătate, luând în considerare faptul că un medic de specialitate poate raporta servicii conexe actului medical în valoare de maximum 52 lei pe zi, corespunzător unui număr întreg de servicii conexe.”

**15. În Anexa nr. 8, după alineatul (9) al articolului 14, se introduce un alineat nou, alin. 10, cu următorul cuprins:**

„(10) În situația în care o cură de recuperare-reabilitare se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. În această situație decontarea curei de recuperare-reabilitare se face proporțional cu numărul de zile efectuate dacă acesta este mai mic sau egal cu 7 zile, având o vedere că o cură de recuperare - reabilitare se contractează și raportează în vederea decontării în medie pentru 10 zile de tratament, caz în care tariful pe zi este de 9 lei.”

**16. În Anexa nr. 8, alineatul (4) al articolului 15 se completează după cum urmează:**

„În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. În această situație decontarea curei de tratament se face proporțional cu numărul de zile efectuate dacă acesta este mai mic sau egal cu 7 zile, având o vedere că o cură de tratament se contractează și raportează în vederea decontării în medie pentru 10 zile de tratament, caz în care tariful pe zi este de 9 lei.”

**17. În Anexa nr. 10, litera B după pct. 3 „Criteriul financiar” de la Capitolului II, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor, cu excepția numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu și furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare și care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.”

**18. În Anexa nr. 11, litera B după pct. 4 „Criteriul de disponibilitate” se modifică și va avea următorul cuprins:**

„B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor la cele patru criterii, cu excepția numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală în regim ambulatoriu și furnizorii de servicii medicale paraclinice

pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare și care efectuează investigații medicale paraclinice – de radiologie și imagistică medicală în regim ambulatoriu.”

**19. La finalul Anexei nr. 11, după litera G, se introduce o literă nouă, litera H, cu următorul cuprins:**

„H. În situația în care nici unul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. d) de la lit. A se repartizează proporțional la celelalte criterii prevăzute la lit. a) - c) de la lit. A.

**20. În Anexa nr. 12, punctul 33 de la articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și lunar, mișcarea acestora;”

**21. Nota de la finalul Anexei nr. 16 B se completează cu următoarea teză:**

„În tabelele de la pct. 2, 4 și 6, în coloana „c2”, pentru cetățenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul pașaportului”

**22. În Anexa nr. 25, la art. 9 se introduce un alineat nou, alineatul (4), cu următorul cuprins:**

„(4) Casele de asigurări de sănătate decontează primele 30 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu la tariful prevăzut la art. 2 alin. (2), iar pentru zilele ce depășesc primele 30 de zile, la un tarif ce reprezintă 50% din tariful prevăzut la articolul mai sus menționat.

**23. În Anexa nr.28, prevederile de la „\*)” de la finalul art. 1 se completează cu următorul text:**

„În sanatoriile balneare, pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond.”

**24. ANEXA 30 si 31**

**25. În Anexa nr.34, teza a III-a de la alineatul (1) al articolului 9, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte cât și după protezarea auditivă.”

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

Ministrul sănătății  
CSEKE ATTILA

Președintele Casei Naționale  
de Asigurări de Sănătate  
NICOLAE LUCIAN DUȚĂ