

ORDIN

privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012

Având în vedere Referatul de aprobare nr. Cs.A. 6.963 din 16 iunie 2011 al Ministerului Sănătății și nr. 2.231 din 15 iunie 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

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, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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. 864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 384 și nr. 384 bis din 1 iunie 2011, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa 1, la capitolul III, litera C, la nota 7, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice o consultație lunară, iar prescripția/prescripțiile medicală/medicale aferentă/aferente pot fi eliberate pentru 30, 60 sau 90 de zile.”

2. În anexa 1, la capitolul III, litera C, la nota 7, punctul 2 se abrogă.

Nr. puncte de decontat = număr de puncte realizate x $\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$ ”

6. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (2) litera a) punctul 6 subpunctul 6.4, ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

Nr. puncte de decontat = număr de puncte realizate x $\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$ ”

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

„e) Serviciile cuprinse la cap. III lit. B pct. 2 lit. c), lit. B pct. 7, lit. D (cu excepția prevederilor de la notă) și lit. G (cu excepția consultației pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces) din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata *per capita*.

3. În anexa 1, la capitolul III, la finalul literei D se introduce o notă cu următorul cuprins:

„NOTĂ:

Pentru afecțiunile cronice din anexa 39A: diabet zaharat tip II, epilepsie, boala Parkinson, poliartrită reumatoidă, pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu aceste afecțiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultație și prescripția/prescripțiile medicală/medicale o dată la 3 luni, în baza aprobării comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz.”

4. În anexa 1, la capitolul III, la litera E, nota 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTA 3:

Pentru bolnavii cu afecțiuni acute/subacute consultația la domiciliu se acordă în aceleași condiții ca și la cabinetul medical.”

5. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (2) litera a) punctul 6 subpunctul 6.2, ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

„la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$ ”

„la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$ ”

8. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (3), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:

— consultație la domiciliu — 15 puncte;

— consultație la cabinet — 5,5 puncte;

— serviciu medical — dacă s-a eliberat certificat constatator de deces — 5,5 puncte;”.

9. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (3), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) Serviciile cuprinse la cap. I, cap. II și cap. III lit. A, lit. B pct. 1, pct. 2 lit. a) și b) și pct. 3—6, lit. C, lit. D — pentru consultațiile cuprinse în notă, lit. E și G — numai consultația

Nr. puncte *per capita* de decontat = număr de puncte realizate x

$$\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5''$$

11. În anexa 3, la articolul 8 punctul 2) litera d), ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

Nr. puncte *per capita* de decontat = număr de puncte realizate x

$$\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5''$$

12. În anexa 16, la capitolul I litera B, la punctul 2, litera m) se modifică și va avea următorul cuprins:

„m) — biopsie de vilozități coriale***) 900,00”.

13. În anexa 16, la capitolul I, litera B, la punctul 2, * se modifică și va avea următorul cuprins:**

„***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală; în tarifele aferente acestora este inclusă și prelucrarea probelor prelevate — analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X și Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal și anomalii numerice a cromozomilor sexuali”.

14. În anexa 30, la articolul 17, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:

„(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza «bun de plată», casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.”

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical.”

10. În anexa 3, la articolul 8 punctul 2) litera b), ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

„la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5''$$

„la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5''$$

15. În anexa 31, la articolul 6, litera k) se modifică și va avea următorul cuprins:

„k) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situația fondurilor trimestriale/lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul trimestrului/lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor; comunicarea acestor informații se face în mod unitar la nivelul tuturor caselor de asigurări de sănătate;”.

16. În anexa 31, la articolul 11, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3) cu următorul cuprins:

„(3) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza «bun de plată», casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea termenului prevăzut la alin. (2) să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.”

17. În anexa 40, punctul 1 se abrogă.

18. În anexa 40, punctul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„6. În situația în care furnizorii utilizează un alt program informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat.”

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

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță