

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 3.955 din 28 decembrie 2022

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 1.032 din 22 decembrie 2022

ORDIN

pentru modificarea și completarea 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 în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 23.793 din 28.12.2022 al Ministerului Sănătății și nr. DG 4.251 din 22.12.2022 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;

— 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 în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, 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;

— art. 17 alin. (5) din Hotărârea 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. 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, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, litera A se modifică și va avea următorul cuprins:

„A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență — anamneză, examen clinic și tratament— se acordă în limita competenței și

a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV «Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2.021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu. Serviciile se acordă atât pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1:

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2:

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

NOTA 3:

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

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, care cuprinde următoarele activități:

- a) anamneză, examenul clinic general;
- b) unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c) manevre de mică chirurgie, după caz;
- d) stabilirea conduitei terapeutice și/sau recomandări igienico-dietetice, precum și instruirea neasiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.

1.1.2.1. Consultațiile sunt acordate la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecțiuni cronice, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la pct. 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/neasigurat se decontează maximum două consultații.

NOTĂ:

În cazul în care medicul de familie apreciază necesar a recomanda investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare, a recomanda neasiguratului consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie ori alte tipuri de recomandări, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale neasiguratului, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile acute. Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice — se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.

Consultațiile cuprind, după caz, activitățile prevăzute la pct. 1.1.2.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la pct. 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/neasigurat se decontează o consultație pe lună.

NOTĂ:

În cazul în care medicul de familie apreciază necesar a recomanda investigații paraclinice în vederea supravegherii evoluției bolii și pentru monitorizare, a recomanda neasiguratului consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie ori alte tipuri de recomandări, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale neasiguratului, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt — HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă — BPOC și boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) evaluarea inițială a cazului nou-depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maximum 3 luni consecutive — bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament și o nouă monitorizare; se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de-a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

NOTĂ:

Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular — HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2

a) Evaluarea inițială a cazului nou-depistat constă în: evaluarea afectării organelor-țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor-țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor-țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG.

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile-țintă stabilite ca obiective terapeutice — TA, colesterol, glicemie — prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru autoîngrijire.

NOTĂ:

Pentru tratamentul și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2 este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

b) Monitorizarea activă a pacientului cu risc cardiovascular — HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2 cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii — screeningul complicațiilor/afectarea organelor-țintă; tratament/ajustarea medicației, după caz.

NOTĂ:

Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2 este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere — management de caz, pentru investigații paraclinice specifice, respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, raport albumină/creatinină urinară, în funcție de nivelul de risc; bilet de trimitere — management de caz, în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igienico-dietetice și educație pentru autoîngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: pacienți tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alți factori de risc; risc SCORE calculat \geq 1% și < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: persoane cu:

- un singur factor de risc foarte crescut, în particular TC > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA \geq 180/110 mmHg;
- pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc;
- pacienți cu DZ fără afectare de organ-țintă, cu o durată a DZ \geq 10 ani sau alt factor de risc adițional;
- BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m²);
- risc SCORE calculat 5% și < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

Risc foarte înalt: persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut — IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral și AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictorii de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;

- DZ cu afectare de organ-țintă sau cel puțin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce și durată lungă (> 20 de ani);

- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m²);

- risc SCORE calculat \geq 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandată pentru adulții asimptomatici de peste 40 de ani fără evidențe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice — astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă — BPOC:

a) Evaluarea inițială a cazului nou-depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou-confirmat și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor-țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; trimitere pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață — fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. pentru astm bronșic — ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al astmului bronșic — criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână;

2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână;

3. prezența simptomelor nocturne;

4. limitarea activității datorată astmului

Astm bronșic controlat: niciun criteriu

Astm bronșic parțial controlat: 1—2 criterii

Astm bronșic necontrolat: 3—4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcției pulmonare și efecte adverse medicamentoase:

a.2. pentru BPOC — ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală și antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și riscului de exacerbări (clasele de risc ABCD GOLD).

b) Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată al bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea complianței la tratament și ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor.

Pentru astm bronșic — ținta terapeutică — controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile

Pentru BPOC — ținta terapeutică — renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor-țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere — management de caz, în funcție de severitate — pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații — radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere — management de caz — pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

Educația pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi:

a) Evaluarea inițială a cazului nou-depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice și întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale și al comorbidităților relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată — eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară ecografie de organ — renală.

Inițierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG și al dislipidemie, după caz; educația pacientului pentru autoîngrijire.

b) Monitorizarea activă a cazului luat în evidență: bilanțul periodic, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG); revizuirea medicației (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); bilet de trimitere — management de caz, pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată — eRFG, albumină/creatinină urinară, bilet de trimitere — management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate nefrologie va fi ghidată de: definiția și clasificarea BCR — anomalii ale structurii sau funcției rinichilor, prezente timp de > 3 luni, cu implicații asupra sănătății. Riscul de evoluție nefavorabilă este evaluat în funcție de doi parametri: rata de filtrare glomerulară estimată — eRFG și raportul albumină/creatinină urinară.

Nivelul de risc în BCR: GFR (G1 - G5), exprimată în ml/min per 1.73 m²

G1 — normal sau clearance creatinină \geq 90

G2 — ușor scăzut: clearance creatinină 60—89

G3a — ușor până la moderat scăzut: clearance creatinină 45—59

G3b — moderat până la sever scăzut: clearance creatinină 30—44

G4 — sever scăzut: clearance creatinină 15—29

G5 — Insuficiență renală: clearance creatinină < 15

Albuminuria (A1—A3), evaluată în funcție de raportul albumină/creatinină, în mg/g

A1 — absentă sau ușor crescută — < 30 mg/g

A2 — microalbuminurie — 30—300 mg/g

A3 — macroalbuminurie — > 300 mg/g

Biletul de trimitere pentru consultație de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt — G3bA1, G3bA2, oricare G și A3 sau risc foarte înalt — G3a A3, G3b A2 sau A3 și G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză nonurologică, hipertensiune arterială necontrolată.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive — sunt consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 și 18 ani, privind:

- a) creșterea și dezvoltarea;
- b) starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c) depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.

1.2.1.1. Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- a) la externarea din maternitate și la 1 lună — la domiciliul copilului;
- b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- c) o dată pe an, de la 4 la 18 ani.

NOTA 1:

Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA 2:

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a) Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucogramă completă
- Sideremie

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b) Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală — (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c) Vârsta cuprinsă între 10 ani și 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală — (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a; se decontează o consultație/lună. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultații/lună;

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate — la domiciliu; se decontează o consultație;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere — la domiciliu; se decontează o consultație.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minimum 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, lues a femeii gravide, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTA 1:

În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 2:

Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală — fără semne de boală se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani — o dată la 3 ani calendaristici pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maximum două consultații/persoană neasigurată, în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la pct. 1.2.3.2, și se decontează maximum două consultații/asigurat, anual. Cea de-a doua consultație se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultație.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, 1—3 consultații/persoană neasigurată/pachet prevenție ce se acordă anual. Pachetul de prevenție cuprinde maximum 3 consultații: consultație de evaluare inițială, consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile și consultație pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de

maximum 6 luni consecutive. Pachetul de prevenție se acordă anual — pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTĂ:

Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a) pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinină serică
- TGO
- TGP
- gamaGT

b) pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină

- senologie mamară
 - examen Babeș-Papanicolau la 2 ani
 - VDRL sau RPR
- c) pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinină serică
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- gamaGT

senologie mamară, examen Babeș-Papanicolau la 2 ani, TSH și FT4 la femei

d) pentru asigurații adulți asimptomatici, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) și a HBA1c.

e) pentru pacienții prevăzuți la nota 3:

- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinină serică

- Acid uric seric
- Microalbuminuria
- TTGO

• HBA1c (se recomandă în cadrul PNS 5, în baza unui formular de bilet de trimitere distinct de biletul de trimitere pentru prevenție, pe care se bifează cu x căsuța P)

NOTA 3:

Pentru pacienții prevăzuți la lit. d) de la nota 1, care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110—125 mg/dl (5,6—6,9 mmol/l) și/sau

b) TTGO cuprins în intervalul 140—199 mg/dl (7,8—11 mmol/l) și/sau

c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7—6,49%

Medicul de familie va include pacientul în Programul național de diabet zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 — Programul național de diabet zaharat — Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2.000 mg/zi.

Dacă la consultațiile ulterioare de control valoarea HBA1c este $\geq 6,5\%$, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 423/2020.

NOTĂ:

Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.2.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) și b); se acordă maximum două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

1.3. Consultațiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă persoanelor neasigurate de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă persoanelor neasigurate nedepasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor de 0—18 ani cu boli infectocontagioase și lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultație la domiciliu inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru o persoană neasigurată înscrisă pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice, maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/persoană neasigurată și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.5. Consultațiile acordate la domiciliul persoanelor: maximum 42 de consultații pe lună per medic cu listă proprie de persoane înscrise, dar nu mai mult de trei consultații pe zi.

NOTĂ:

Consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele și prenumele, semnătura persoanei neasigurate sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. **Serviciile diagnostice și terapeutice** — reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv persoanei neasigurate de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, după caz.

Medicii de familie efectuează și/sau interpretează servicii medicale diagnostice și terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală și în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele neasigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliul declarat în contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul*) de mai jos:

Nr. crt.	Denumire serviciu
1.	Spirometrie 3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore 3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț 3)
4.	Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei 3)
5.	Tușeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis 2), 4)
7.	Extracție corp străin din fosele nazale 2), 4)
8.	Extracția și interpretarea din conductul auditiv extern — inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicație aerosoli (nu include medicația) 3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical 2)
12.	Imobilizare entorsă 2), 4)

*) Tabelul este reprodus în facsimil.

Nr. crt.	Denumire serviciu
13.	Tratamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament 1), 2), 4)
14.	Supraveghere travaliu fără naștere 2), 4)
15.	Naștere inopinată 2), 4)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria 3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația) 2), 4)
19.	Pansamente, suprimat fire 1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor 2), 4)

1) Serviciile includ tratamentul și supravegherea până la vindecare.

2) Serviciile se pot acorda și în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

NOTĂ:

Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent decontării pachetului minimal în asistența medicală primară, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei nr. 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare și consumabilele specifice.

1.5. **Activitățile de suport** sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

— eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;

— eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, conform Ordinului ministrului de stat, ministrul justiției, și al ministrului de stat, ministrul sănătății, nr. 1.134/C/255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ:

Se decontează un serviciu — consultație — examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate și în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, cu modificările și completările ulterioare.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5.”

2. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (3), tabelul*) care cuprinde pachetul minimal de la litera a) se modifică și va 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	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
b) la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
c) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare dintre lunile nominalizate	5,5 puncte/consultație
d) de la 4 ani la 18 ani	1 consultație/an/persoană	5,5 puncte/consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
3. Evaluarea, intervenția și monitorizarea adultului asimptomatic		
a) persoane cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consultații/persoană, o dată la 3 ani calendaristici pe an pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
b) persoane cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1 - 2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
c) persoane cu vârsta > 40 ani	1 - 3 consultații/persoană / pachet prevenție anual; consultațiile pot fi acordate într-un interval de maximum 6 luni consecutive;	Până la 21 puncte /pachet de prevenție; intervalul de 6 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul pachetului; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată
c.1) consultație evaluare inițială	1 consultație/pachet prevenție	5,5 puncte/consultație
c.2) consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile	1 consultație /pachet prevenție	5,5 puncte/ședință
c.3) consultație pentru monitorizare/control	1 consultație /pachet prevenție	10 puncte/consultație
3. Servicii medicale curative		
a) Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	2 consultații/persoană/ episod	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)

*) Tabelul este reprodus în facsimil.

a1) Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță	2 consultații/persoană/episod	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Consultații periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice – la cabinet	1 consultație/persoană/lună	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b1) Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță	1 consultație/ persoană/lună	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea inițială a cazului nou		
c.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maximum 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării
c.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maximum 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării
c.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maximum 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/persoană - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) și c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul monitorizării managementului de caz	6 puncte/consultație în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 90 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate

		față de luna în care a fost efectuată cea de-a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
4. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială	2 consultații/persoană/an	5,5 puncte/consultație/persoană
5. Urgență pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical	O consultație/persoană/situație de urgență	5,5 puncte/consultație/persoană/situație
6. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultație
7. Servicii la domiciliu:		
a) Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	1 consultație/persoană/lună	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru persoanele nedepasabile înscrise pe lista proprie		
d.1) evaluarea inițială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maximum 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boală cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maximum 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maximum 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou

	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) și d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boală respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul monitorizării managementului de caz	16 puncte/consultație în cadrul monitorizării-management de caz; - Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 90 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3).
8. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de către medicul pneumolog	40 de puncte/ lună / persoană cu condiția realizării schemei complete de tratament
9. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă punctaj suplimentar	15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea
10. Servicii medicale diagnostice și terapeutice:	Tariful include materialele sanitare și consumabilele specifice. Se decontează potrivit art. 15 alin. (2).	
a) Spirometrie		10 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		20 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braț		10 puncte/serviciu
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei		10 puncte/serviciu
e) Tușeu rectal		10 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		15 puncte/serviciu
g) Extracție corp străin din fosele nazale		15 puncte/serviciu
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen		15 puncte/serviciu

i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)		7 puncte/ședință
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie		20 puncte/serviciu
k) Sondaj vezical		20 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsă		15 puncte/serviciu
m) Tratatamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)		20 puncte/serviciu
n) Supraveghere travaliu fără naștere		100 puncte/serviciu
o) Naștere inopinată		200 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		10 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		10 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația)		10 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire		10 puncte/serviciu
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor		10 puncte/serviciu”

3. În anexa nr. 2, articolul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — Lunar, odată cu raportarea activității lunii anterioare realizate pentru asigurați, furnizorii raportează distinct serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, cuprinse la litera A din anexa nr. 1 la ordin, pentru care țin evidențe distincte.”

4. În anexa nr. 2, la articolul 3, alineatele (7) și (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(7) Pentru situațiile în care, pentru perioada de vacanță, medicul de familie nu încheie convenție de înlocuire sau de reciprocitate în lipsa unui medic care să poată prelua activitatea, acesta are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

- a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- b) consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice;
- c) consultații pentru afecțiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleași condiții ca și pentru persoanele de pe lista proprie.

(8) Pentru situațiile prevăzute la alin. (7) medicul are obligația să afișeze la cabinet, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta și datele de contact ale acestora.”

5. În anexa nr. 2, la articolul 8, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:

„(3) Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical stabilită la alin. (2).”

6. În anexa nr. 2, articolul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 9. — (1) Suma convenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată asiguraților se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte «per capita» efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea garantată pentru un punct «per capita», respectiv cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma convenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată persoanelor neasigurate se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.”

7. În anexa nr. 2, articolul 11 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 11. — Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate în format electronic, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, evidențiată distinct pentru asigurați, respectiv persoanele neasigurate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea

decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.”

8. În anexa nr. 2, articolul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 12. — (1) Persoanele asigurate și neasigurate înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele asigurate și neasigurate care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/Înscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate (pentru persoanele asigurate). Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copiii de 0—18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

(2) Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă, e-mail, fax, prin persoana care se transferă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă, e-mail, fax/prin persoană, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.”

9. În anexa nr. 2 B, la litera A, ultimul paragraf al literei d) se modifică și va avea următorul cuprins:

„În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigațiile paraclinice — analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. a) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual nu a efectuat aceste investigații.”

10. În anexa nr. 2 B, la litera A, ultimul paragraf al literei e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigații paraclinice — analize de laborator prevăzute la lit. A, nota 2 lit. b) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la lit. B, nota 1 lit. b) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul

în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.”

11. În anexa nr. 2 B, la litera A, ultimul paragraf al literei f) se modifică și va avea următorul cuprins:

„În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigații paraclinice — analize de laborator prevăzute la lit. A, nota 2 lit. c) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la lit. B, nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa nr. 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.”

12. În anexa nr. 2 B, la litera B1, primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

„În cadrul consultațiilor preventive, adulții asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice — analize de laborator prevăzute la lit. A, lit. a), b) și d) de la nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la lit. B, nota 1 lit. a), b) și e) — pentru pacienții prevăzuți la nota 3, și nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa nr. 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fără tratament și LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomandă consult de specialitate.”

13. În anexa nr. 2 B, la litera B2, primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

„În cadrul consultațiilor preventive, adulții asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice — analize de laborator prevăzute la lit. A, lit. c) și d) de la nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la lit. B nota 1 lit. c) și e) — pentru pacienții prevăzuți la nota 3, și nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa nr. 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual nu a efectuat aceste investigații.”

14. În anexa nr. 2 B, la litera B2, nota de la litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ:

În cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, acordate persoanelor asigurate, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.”

15. În anexa nr. 7, la litera B punctul 1, tabelul*) de la subpunctul 1.10 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Durata serviciului	Tarif/ serviciu
1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV) 1)	<p>Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C) Secreție vaginală Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția streptococului de grup B (S34 – S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii</p>	30 minute	732,96 lei
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV) 1)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH</p>	30 minute	450,23 lei

*) Tabelul este reprodus în facsimil.

		Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (hepatită B și C) Secreție vaginală Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția streptococului de grup B (S34 – S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii		
3.	Screening prenatal (S11 - S19+6 zile) 2)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrativă a rezultatelor) Dublu test / triplu test Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19+6 zile)	45 minute	639,77 lei
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional) 3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Creatinină serică Acid uric seric TGP TGO Examen complet de urină (sumar + sediment) Dozare proteine urinare Proteine totale serice Ecografie obstetricală și ginecologică	30 minute	163,69 lei
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară) 3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Sodiu seric Potasiu seric Examen complet de urină (sumar + sediment) Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Ecografie obstetricală și ginecologică	30 minute	165,73 lei
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III) 3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Cardiotocografie Ecografie obstetricală și ginecologică	30 minute	164,58 lei

7.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului 4)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie 10) Comunicare rezultat	30 minute	118,22 lei
8.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului cu suspiciune identificată mamografic 5)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie 10) Ecografie sân 10) Comunicare rezultat	30 minute	210,94 lei
9.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin 6)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	30 minute	198,47 lei
10.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic 7)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	30 minute	244,83 lei
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie 8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	45 minute	251,50 lei
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin 9) - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece) examen histopatologic (1-3 blocuri)	45 minute	453,52 lei”

16. În anexa nr. 51, după articolul 1 se introduce un nou articol, articolul 11, cu următorul cuprins:

„Art. 11. — (1) Casele de asigurări de sănătate contractează pentru trimestrul I 2023 cu unitățile sanitare cu paturi suma alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinația de servicii medicale spitalicești după reținerea sumelor prevăzute la art. 91 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare. Sumele reținute la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor utiliza în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (2) din anexa nr. 23 la ordin.

(2) Valoarea contractată pe tipuri de servicii de spitalizare continuă și spitalizare de zi prevăzute în norme se face prin

negociere cu unitățile sanitare cu paturi, ținând cont de următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG se stabilește astfel:

— număr de cazuri externate contractate x indice case-mix pentru trimestrul I 2023 x tarif pe caz ponderat pentru trimestrul I 2023; respectiv

— număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități;

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru

servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, pentru trimestrul I 2023 se calculează astfel:

$$SC = P \times Nr_caz \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus, Nr_caz reprezintă media lunară a numărului de cazuri contractate în perioada aprilie 2022—decembrie 2022 înmulțit cu 3 luni, TCP și ICM reprezintă tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, pentru trimestrul I 2023.

Valoarea procentului de referință (P) este stabilită în raport cu clasificarea spitalelor în funcție de competențe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare, și este:

- a) pentru categoria I: $P = 85\%$;
- b) pentru categoria IM: $P = (P - 4)\%$;
- c) pentru categoria II: $P = (P - 3)\%$;
- d) pentru categoria IIM: $P = (P - 5)\%$;
- e) pentru categoria III: $P = (P - 5)\%$;
- f) pentru categoria IV: $P = (P - 15)\%$;
- g) pentru categoria V: $P = (P - 23)\%$;
- h) pentru spitalele neclasificabile: $P = (P - 33)\%$.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou-intrate în contractare în formula de la lit. a1), ICM și TCP se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri estimate pe fiecare specialitate, ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul.

a3) Numărul de cazuri ce poate fi contractat pentru trimestrul I 2023 se calculează ca media lunară a numărului de cazuri contractate în perioada aprilie 2022—decembrie 2022 înmulțit cu 3 luni.

La stabilirea numărului de cazuri pe spital și pe secție/compartiment se va ține cont de paturile contractate cu spitalul pe secție/compartiment, precum și de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz.

a4) Indicele de case-mix pentru trimestrul I 2023 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru trimestrul I 2023 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabilește pentru fiecare spital și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

În situația în care unul dintre spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b).

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități (non-DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non-DRG) se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2022 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

În situația în care unul dintre spitale are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

a7) Suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzute la lit. a1), respectiv la lit. a2), după caz.

b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, inclusiv îngrijiri paliative (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz) din alte spitale, pentru trimestrul I 2023, se stabilește astfel:

— număr de cazuri externate contractate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare.

1. Numărul de cazuri externate contractate:

Numărul de cazuri ce poate fi contractat pentru trimestrul I 2023 se calculează ca media lunară a numărului de cazuri contractate în perioada aprilie 2022—decembrie 2022 înmulțit cu 3 luni.

La stabilirea numărului de cazuri pe spital și pe secție/compartiment se va ține cont de paturile contractate cu spitalul pe secție/compartiment, precum și de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății sau direcția de sănătate publică, după caz.

2. Durata de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie — prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2022.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

c) Suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, se determină prin înmulțirea numărului

negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora.

1. Numărul de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi se negociază în funcție de numărul mediu lunar de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și numărul de cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi în perioada aprilie—decembrie 2022, la nivelul spitalului.

2. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat este prevăzut în anexa nr. 22 la ordin, respectiv în prezenta anexă pentru serviciile medicale de tip spitalicesc — spitalizare de zi acordate în centrele de evaluare.

(3) Prin sintagma «situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești», prevăzută la art. 6 alin. (2) lit. a) din anexa nr. 23 la ordin, se înțelege situațiile în care unitățile sanitare solicită caselor de asigurări de sănătate suplimentarea sumelor contractate inițial, ca urmare a creșterii numărului de pacienți care se adresează unității sanitare și care, conform criteriilor stabilite prin norme, necesită internare în regim de spitalizare continuă sau de zi.

Numărul cazurilor externate de pe secțiile/compartimentele de spitalizare continuă, raportate și validate, ce pot fi decontate de casa de asigurări de sănătate, ca urmare a aplicării prevederilor art. 6 alin. (2) lit. a) din anexa nr. 23 la ordin, nu poate depăși numărul de cazuri ce pot fi rezolvate la nivelul unității sanitare raportat la numărul paturilor contractate.”

17. În anexa nr. 51, după articolul 2 se introduce un nou articol, articolul 21, cu următorul cuprins:

„Art. 21. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă activitatea desfășurată lunar, potrivit reglementărilor art. 9 din anexa nr. 23 la ordin.

(2) Pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă și de zi se vor avea în

vedere tarifele stabilite pentru trimestrul I 2023 prevăzute, după caz, în anexa 23A, anexa 23C și anexa 22 la prezentul ordin.

(3) Pentru trimestrul I 2023, regularizarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face pentru perioada 1 ianuarie 2023—31 martie 2023, cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.”

18. Anexa nr. 22 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 1*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

19. Anexa nr. 23A se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

20. Anexa nr. 23C se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 3*) care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Termenul de aplicare a prevederilor 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, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se prelungește până la data de 31 martie 2023.

Art. III. — Începând cu data de 1 a lunii următoare celei în care intră în vigoare Legea bugetului de stat pe anul 2023 nr. 368/2022, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de pachetul minimal de servicii prevăzut la art. I numai în condițiile prevăzute la art. IV alin. (2) din Ordonanța Guvernului nr. 37/2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, precum și stabilirea unor alte măsuri în domeniul sănătății, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 328/2022.

Art. IV. — **Prezentul ordin intră în vigoare la 1 ianuarie 2023 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.**

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

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

*) Anexele nr. 1—3 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1270 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul din șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, București.