

DISPOZIȚII GENERALE

aplicabile cu 01.04.2022

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.
2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.
4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării, sau modificat ulterior prin act adițional, după caz.
5. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope se aprobă conform prevederilor legale în vigoare.
6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.
7. Furnizorii au obligația să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate.
8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.
9. Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.
10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice, inclusiv a specialității medicină fizică și de reabilitare. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și competență/atestat de studii complementare - pentru îngrijiri paliative pot desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate atât în baza specialității medicină de

familie cât și a competenței/atestatului de studii complementare de îngrijiri paliative putând acorda și raporta atât servicii medicale aferente specialității medicină de familie cât și servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic de specialitate/în cadrul unei secții sau compartiment cu paturi de îngrijiri paliative/la domiciliu. Medicii care au o specialitate/mai multe specialități clinice, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative își pot desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate în ambulatoriul clinic de specialitate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative. Medicii care au o specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice. Medicii cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare pot desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice precum și activitate de supraveghere a acordării serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament în condiții de siguranță

pentru pacient la furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament, în condițiile în care cele două activități se desfășoară în cadrul programului de lucru în același sediu.

11. Prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, se face la momentul acordării serviciului, astfel:

11.1 În asistența medicală primară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția următoarelor tipuri de consultații și servicii pentru care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate:

- consultațiile la distanță,
- serviciul examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie,
- administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor,
- asistarea nașterii inopinate,
- supravegherea travaliului fără naștere.

11.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical pentru care nu este necesară prezentarea cardului. Pentru consultațiile la distanță nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru serviciile medicale cu scop diagnostic - caz, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la finalizarea serviciului medical.

11.3. În asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament și pentru acupunctură utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații de acupunctură și curele de tratament de acupunctură, la momentul acordării/ în fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament;

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament.

11.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

11.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator - prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimitere, se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de

laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

11.6. În asistența medicală spitalicească utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internarea și externarea din spital, cu excepția următoarelor situații:

- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgență medico-chirurgicală
- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital și la internare ca și caz transferat
- la externare pentru situațiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului

- la internare și la externare pentru pacienții din secțiile de psihiatrie, internați prin procedură de internare nevoluntară - consemnată în foaia de observație la motivele internării.

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la fiecare vizită, cu excepția situațiilor în care criteriul de internare este urgență medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

11.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

11.8. În asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii și preventorii, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internare și externare.

11.9. Pentru dispozitive medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive, este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul se ridică de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat. În situația în care ridicarea dispozitivului de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau primirea la domiciliu se face de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care dispozitivul se eliberează prin poștă, curierat, prezentarea cardului nu este necesară; dovada primirii dispozitivului expediat de către furnizor prin poștă, curierat, de către beneficiar sau aparținătorul acestuia - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție,

împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, seria și numărul actului de identitate sau după caz, a pașaportului persoanei care a primit dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv.

11.10. Pentru medicamente cu și fără contribuție personală, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul ridicării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se ridică de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta card.

12. Informații referitoare la utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către asigurați și fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, sunt postate pe site-ul www.cnas.ro.

13. În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), constatate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), acestea vor fi comunicate prin publicare pe site-ul propriu la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă. Ordinul emis de

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în condițiile art. 210 din Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă.

14. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive nu sunt aplicabile situațiilor în care asigurații execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare.

15. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, prezintă în prealabil la casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana pe care o reprezintă documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării acestui document în evidențele proprii ale casei de asigurări de sănătate.

16. Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale/dispozitivele din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

16.1. În asistența medicală primară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, planificare familială și pentru îngrijiri paliative la domiciliu: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical.

16.3. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare și pentru acupunctură - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării;

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament: pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei de tratament/zilei în care se acordă servicii de acupunctură.

16.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator: în maximum 3 zile lucrătoare de la data recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 3 zile lucrătoare de la data primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, și pentru serviciile paraclinice de microbiologie – examene de urină și examene de materii fecale. Reglementarea nu se aplică pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

16.6. În asistența medicală spitalicească:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază și pachetul minimal: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital;

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază și pachetul minimal: pentru fiecare vizită, în maximum 3 zile lucrătoare de la data vizitei.

16.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu - pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri, în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei în care au fost acordate îngrijirile.

16.8. Pentru unitățile specializate - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării consultațiilor de urgență la domiciliu și serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.9. În asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din sanatoriu/preventoriu.

16.10. Pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive: în maximum 3 zile lucrătoare de la data ridicării dispozitivului de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului. În situația în care dispozitivul se expediază prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat: în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului.

17. Pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi se întocmește fișă de spitalizare de zi, conform modelului prevăzut în anexa nr. 4 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

18. În cazul încetării de drept a contractului prin decesul titularului cabinetului medical individual, decontarea serviciilor medicale acordate și raportate (în termenul maxim de 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical) până la data decesului, se face moștenitorilor legali sau testamentari pe baza unei cereri depuse la sediul casei de asigurări de sănătate, însoțită de următoarele documente:

- dovada calității de moștenitori;
- copie de pe actele de identitate ale moștenitorilor;
- contul bancar în care se va face plata serviciilor medicale.

Cererea va fi depusă la sediul casei de asigurări de sănătate cu care titularul cabinetului medical individual a avut contract. Cererea poate fi transmisă și prin poștă sau alte mijloace electronice de transmitere la distanță. Casa de asigurări de sănătate, va proceda la validarea serviciilor prestate și raportate (în termenul legal de 3 zile lucrătoare) de către titularul cabinetului medical individual decedat, în luna următoare prestării acestora, în termenul prevăzut în contract. Decontarea acestor servicii se supun prevederilor contractului încheiat între cele două părți. Plata se va efectua în contul indicat de moștenitori, în termen de 30 de zile de la data depunerii cererii. Eventualele diferențe negative vor fi comunicate moștenitorilor și vor fi recuperate prin plata directă sau prin executare silită.

19. Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.