

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 739 din 31 ianuarie 2024

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 133 din 31 ianuarie 2024

ORDIN

privind modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 1.604/2024 al Ministerului Sănătății și nr. DG 646 din 31 ianuarie 2024 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 229 alin. (4) și ale 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;

— art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

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

Art. I. — Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

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

„e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata «per capita». Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata «per capita» aferentă anului în curs, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie.”

2. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (2), după litera e) se introduce o nouă literă, litera f), cu următorul cuprins:

„f) Pentru activitatea anului 2024, serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepția

consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata «per capita». Consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata «per capita» aferentă anului în curs.”

3. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (3), după litera b) se introduce o nouă literă, litera b1), cu următorul cuprins:

„b1) În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană. În situația în care se acordă două sau mai multe consultații în aceeași zi pentru aceeași persoană, se decontează prin tarif pe serviciu medical consultația cu cel mai mare punctaj. Medicul eliberează toate documentele necesare ca urmare a consultațiilor acordate. Pentru persoanele asigurate se eliberează formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.”

4. În anexa nr. 2, la articolul 6, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Pentru semestrul I al anului 2024, valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical se mențin la nivelul valorilor valabile în semestrul II al anului 2023.

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu, pentru semestrul II al anului 2024, fondul

aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata «per capita» pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte «per capita» cu valoarea pentru un punct «per capita»; numărul de puncte «per capita» aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 1,5;

2.2. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%;

4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în semestrul I al anului 2024;

5. fondul destinat plății «per capita» și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența dintre fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1—4, care se repartizează astfel:

a) 35% pentru plata «per capita».

b) 65% pentru plata pe serviciu medical.”

5. În anexa nr. 2, la articolul 7, alineatul (11) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(11) Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 12 lei.”

6. În anexa nr. 2, la articolul 7, alineatul (21) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(21) Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.”

7. În anexa nr. 2, la articolul 7, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Pentru semestrul I al anului 2024, 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 prevăzută la alin. (21).”

8. În anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (41), cu următorul cuprins:

„(41) Pentru anul 2024, prevederile alin. (4) nu se aplică.”

9. În anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (51), cu următorul cuprins:

„(51) Pentru anul 2024, serviciile medicale realizate de medicii de familie care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, art. 1 alin. (3) lit. b) și ale alin. (1) al prezentului articol sunt incluse în plata «per capita», aferentă anului în curs.”

10. În anexa nr. 3, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

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

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

12. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 1, subpunctul 1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.4. Valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 12 lei.”

13. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 2, subpunctele 2.2 și 2.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

14. În anexa nr. 6, la articolul 4, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenție, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”.

15. În anexa nr. 6, la articolul 6 alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”.

16. În anexa nr. 6a, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate efectuate, raportate și validate conform normelor;”.

17. În anexa nr. 6a, la articolul 8 alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”.

18. În anexa nr. 6a, la articolul 9 punctul 1, subpunctele 1.2 și 1.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

19. În anexa nr. 8, la articolul 4, alineatul (31) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(31) Pentru semestrul I al anului 2024 valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 4,5 lei.”

20. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (4¹), cu următorul cuprins:

„(4¹) Prin excepție de la alin. (4), pentru semestrul II al anului 2024, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct

pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 și suma destinată plății activității desfășurate în semestrul I al anului 2024.”

21. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (5¹), cu următorul cuprins:

„(5¹) Pentru anul 2024, prevederile alineatului (5) nu se aplică.”

22. În anexa nr. 9, la articolul 6, literele b) și n) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;

.....
n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;”.

23. În anexa nr. 9, la articolul 8, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispozițiile art. 223 și art. 337 alin. (21), (3) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;”.

24. În anexa nr. 9, la articolul 8, după litera d) se introduce o nouă literă, litera d¹), cu următorul cuprins:

„d¹) Prin excepție de la lit. d), pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate, precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau ale căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii pot elibera bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilite conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;”.

25. În anexa nr. 22, capitolul I litera B, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. Spitalizarea de zi are o durată de maximum 12 ore/vizită (zi), dar nu mai puțin de 2 ore/vizită (zi), cu excepția serviciilor

acordate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, precum și a serviciilor acordate pentru afecțiuni oncologice și hemato-oncologice.

Toate serviciile medicale și procedurile chirurgicale se acordă obligatoriu în intervalul orar de la deschiderea și până la închiderea fișei de spitalizare de zi. În caz contrar, serviciul acordat nu se decontează.”

26. În anexa nr. 31 A, la articolul 4, prima teză de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate conform normelor și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate.”

27. În anexa nr. 31 B, la articolul 4, prima teză de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate, raportate și validate conform normelor și tariful pe zi de îngrijire paliativă, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate.”

28. În anexa nr. 32 A, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor anexei nr. 31 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;”

29. În anexa nr. 32 A, la articolul 8, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

30. În anexa nr. 32 A, la articolul 10, prima teză de la alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcție de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate conform normelor și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate.”

31. În anexa nr. 32 B, la articolul 6, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor anexei nr. 31 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare;”

32. În anexa nr. 32 B, la articolul 8, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme;”

33. În anexa nr. 32 B, la articolul 10, prima teză de la alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în limita valorii lunare de contract, în funcție de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat conform normelor, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și de tariful pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu.”

34. În anexa nr. 50, la articolul 5, alineatele (1) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 5. — (1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

.....
(5) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice și boală cronică renală, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective.”

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

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Valeria Herdea