

ORDIN

pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018 – 2019, precum și pentru modificarea și completarea acestuia

Având în vedere Referatul de aprobare nr. 98247 din 07.06.2019 al Ministerului Sănătății și nr. DG 786 din 27.06.2019 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. 140/2018 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 2018 - 2019, cu modificările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

ART. I

Termenul de aplicare a prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018 - 2019, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 273 și 273 bis din 28 martie 2018, cu modificările ulterioare, se prelungește până la data de 31 decembrie 2019.

ART. II

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018 - 2019, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 273 și 273 bis din 28 martie 2018, cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1, subpunctul 1.3., după subpunctul 1.3.1 se introduce un nou subpunct, subpct. 1.3.2 cu următorul cuprins:

"1.3.2. O dată cu prima prezentare la medicul de familie a femeii însărcinate, medicul de familie va elibera documentul prin care se atestă la femei existența sarcinii."

2. În anexa nr. 2, la articolul 8, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:
 „(1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 5,8 lei, valabilă pentru anul 2018. Începând cu semestrul II al anului 2019, valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 7,8 lei.
 (2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 2,8 lei, valabilă pentru anul 2018. Începând cu semestrul II al anului 2019, valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu medical, unică pe țară, este de 3,5 lei.”

3. În Anexa nr. 3, la articolul 8, la punctul 1, subpunctul 1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:
 „1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de lei, valabilă pentru anul 2018. Începând cu semestrul II al anului 2019 valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de lei.

4. În Anexa nr. 3, la articolul 8, la punctul 2, subpunctul 2.2 se modifică și va avea următorul cuprins:
 „2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de lei, valabilă pentru anul 2018. Începând cu semestrul II al anului 2019 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de lei.

5. În Anexa 7, în tabelul de la punctul 1.10, după poziția 11 se introduce o poziție nouă, poz. 12 cu următorul cuprins:

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	391,30 lei
----	--	--	-----------	------------

6. În Anexa 7, în nota de sub tabelul de la punctul 1.10, se introduce un punct nou *9) cu următorul cuprins:
 „ *9) Se efectuează la femeile din grupa de vârstă 25-64 ani, cu rezultat pozitiv la examentul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 și 10.”

7. În Anexa nr. 8, la articolul 3, a doua teză de la alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:
 „(2) (...) Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai mulți asigurați indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 90 de puncte în medie pe zi, convenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepția medicului de specialitate psihiatrie pediatrică pentru care punctajul nu poate depăși 180 de puncte în medie pe zi. Începând cu semestrul II al anului 2019 medicul de specialitate psihiatrie pediatrică poate raporta servicii conexe al căror punctaj nu poate depăși 360 de puncte în medie pe zi. (...)”

8. În Anexa 8, la articolul 11, după alineatul (2), se introduce un alineat nou cu următorul cuprins:
 „(2¹) Începând cu semestrul II al anului 2019, pentru toate bolile cronice, biletele de trimitere pentru specialitățile clinice și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice.”

9. În Anexa 18, la articolul 2, după alineatul (4) se introduce un alineat nou, alin. (4¹) cu următorul cuprins:
 „(4¹) Începând cu semestrul II 2019, lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligația încadrării în limita valorii lunare de contract stabilită pe tipuri, respectiv analize medicale de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară. În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional

valoarea lunară contractată inițial pe tipuri de investigații aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract. Sumele rezultate din economii nu pot fi contractate cu medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriu care au încheiate acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice dacă suma contractată de aceștia este la maximum posibil potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Prin consum mediu lunar, se înțelege contravaloarea serviciilor medicale paraclinice - pe tipuri de investigații paraclinice, decontate de casa de asigurări de sănătate.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice - analize de laborator rămasă neconsumată este mai mică de 97 lei se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii de anatomie patologică rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de anatomie patologică contractate se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de radiologie - imagistică medicală, medicină nucleară contractate, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Prin excepție, pentru trimestrul IV 2019, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale paraclinice care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme."

10. În Anexa nr. 18, la articolul 4, după alineatul (1) se introduce un alineat nou, alin. (1¹) cu următorul cuprins:

(1¹) Începând cu semestrul II al anului 2019, pentru toate bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice este de până la 90 zile calendaristice."

11. În Anexa nr. 18, la articolul 4, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigațiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere își pierde valabilitatea, cu excepția biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu obligația prezentării de către asigurat a biletului de externare/scrisorii medicale din care să rezulte că aceste investigații nu au fost făcute pe perioada internării.

Investigațiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat precum și în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigații medicale paraclinice - dacă pe verso-ul biletului de trimitere nu este consemnată declarația asiguratului prevăzută la alin. (1), cu excepția investigațiilor medicale paraclinice de înaltă performanță dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, și numai dacă se prezintă de către asigurat biletul de externare/scrisoarea medicală din care să rezulte că aceste investigații nu au fost făcute pe perioada internării.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital și declarația pe proprie răspundere consemnată pe verso-ul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

Prevederile de mai sus nu se aplică biletelor de trimitere pentru examinări histopatologice/citologice.

În situația în care, casa de asigurări de sănătate constată că, la data recoltării probei/probelor pentru examinări histopatologice/citologice la nivelul laboratorului sau de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost internat într-un spital și declarația pe proprie răspundere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.”

12. În Anexa nr. 21, la articolul 8, ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

“(…) Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează trimestrial; începând cu semestrul II al anului 2019 regularizarea se face lunar.”

13. În Anexa 22, în Lista B.2, pozițiile 60, 61, 68, 69, 70 și 71 se abrogă.

14. În Anexa 22, în Lista B.4.1, după poziția 17 se introduc 13 poziții noi, poz. 18 - 30 cu următorul cuprins:

18.	Evaluarea și tratamentul anemiei prin carență de fier cu fier injectabil intravenos - se recomandă numai la pacienții cu un risc mare de sângerare pentru intervențiile prevăzute în Anexa 1 la ordinul ministrului sănătății nr. 1251/2018 pentru aprobarea Ghidului de gestionare a sângelui pacientului în perioada perioperatorie	consultație de specialitate, analize de laborator: feritină serică, transferină, hemoleucogramă completă, sideremie, proteina C reactivă, glicemie, creatinină serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT; fier injectabil intravenos 500 mg	670,39 lei
19.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie mizadolam/propofol; colonoscopie până la cec	427,26 lei
20.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec.	336,05 lei
21.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie mizadolam/propofol; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	914,02 lei
22.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	822,05 lei
23.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie mizadolam/propofol; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic.	608,92 lei

24.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic	531,15 lei
25.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie mizadolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică;	401,26 lei
26.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică.	309,81 lei
27.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie mizadolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	873,02 lei
28.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	781,05 lei
29.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie mizadolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	572,92 lei
30.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	495,15 lei

15. În Anexa 22, în Lista B.4.2, după poziția 11 se introduce o poziție nouă, poz. 12 cu următorul cuprins:

12	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin *9)	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece); examen histopatologic (1-3 blocuri)	391,30 lei
----	---	--	------------

16. În Anexa 22, la Nota de sub Lista B.4.2, se introduce un nou punct, pct. *9) cu următorul cuprins:

"*9) Se efectuează la femeile din grupa de vârstă 25-64 ani, cu rezultat pozitiv la examentul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 și 10."

17. În Anexa 23 A, notele de la punctele 2 și 3 din subsolul tabelului se modifică și vor avea următorul cuprins:

"2. TCP-ul pentru anul 2018 se poate majora cu până la 40% pentru poziția 30 (B_02) și cu până la 15% pentru poziția 29 (B_01), poziția 31 (B_03), poziția 56 (B_18), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății și este egal cu TCP-ul pentru anul 2017. Începând cu semestrul II al anului 2019, TCP-ul din tabelul de mai sus se poate majora cu până la 40 % și pentru poziția 56 (B_18) și pentru poziția 68 (B_33), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății.

3. TCP-ul pentru anul 2018 se poate majora cu până la 15% pentru poziția 33 (B_05), poziția 60 (B_22) și poziția 64 (B_28), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății. Începând cu semestrul II al anului 2019, TCP-ul se poate majora cu până la 15% și pentru poziția 58 (B_20), poziția 12 (AG02), poziția 118 (BV03), poziția 141 (CJ03), poziția 206(GL02), poziția 238 (IS02), poziția 325 (PH99), poziția 332 (SB08), poziția 374 (TM03), poziția 70 (B_35), poziția 79 (B_80) și poziția 262 (M07), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății."

18. În Anexa nr. 31 A, la articolul 2, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

(5) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni. Începând cu semestrul II al anului 2019, un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni; numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile în ultimele 11 luni.

19. În Anexa nr. 31 A, la articolul 3, după alineatul (4) se introduce un alineat nou, alin. (5) cu următorul cuprins:

„(5) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) – (3) se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații - cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială."

20. În Anexa nr. 31 B, la articolul 2, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(5) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni. Începând cu semestrul II al anului 2019, un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni; numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile în ultimele 11 luni."

21. În Anexa nr. 31 B, la articolul 3, după alineatul (7) se introduce un alineat nou, alin. (8) cu următorul cuprins:

„(8) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) – (6) se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații - cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.”

ART. III

Termenele prevăzute la art. 7 lit. h) din anexa 3, art. 5 lit. h) din anexa 6, art. 7 lit. w) din anexa 9, art. 8 lit. x) din anexa 12, art. 7 lit. Ț) din anexa 16, la ultima teză din modelul de declarație din anexa 18A și la nota*) din anexa 18A, art. 6 lit. m) și art. 7 lit. n) din anexa 21, art. 6 lit. ag) din anexa 26, art. 7 lit. u) din anexa 32A, art. 7 lit. Ț) din anexa 32B, art. 6 lit. u) din anexa 35, art. 7 alin. (1) din anexa 36, precum și la art. 6 lit. n) și art. 7 lit. l) din anexa 37 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018 - 2019, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 273 și 273 bis din 28 martie 2018, cu modificările ulterioare, se prorogă până la data de **31 decembrie 2019**.

ART. IV

Prezentul ordin intră în vigoare la data de 1 iulie 2019 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății
Sorina PINTEA

p. Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
Răzvan Teohari VULCĂNESCU
Vicepreședinte