

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII CASA NAȚIONALĂ DE
ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

ORDIN

privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010

În temeiul prevederilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
 - Hotărârii Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010;
 - 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,
- Având în vedere Referatul de aprobare nr. al Ministerului Sănătății și nr. DG/169/12.04.2010 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, se modifică după cum urmează:

1. În Anexa 1, la Capitolul I literele A și E vor avea următorul cuprins:

„A. 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 prevăzute la litera A, Capitolul I din Anexa 21, precum și la cazurile prevăzute în lista

de la literele B și C din Capitolul I Anexa 21, pentru care medicul de familie a acordat primul ajutor și a asigurat trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate (de exemple: accident, traumatisme, pierderea cunoștinței).

.....
„E. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: - certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale;”

2. În Anexa 1, Capitolul III - Pachetul de servicii medicale de bază, la litera F. Servicii medicale curative, prima teză va avea următorul cuprins: „Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, intercurente sau cronice programabile care

cuprinde:...”

3. În Anexa 1, la Capitolul III - Pachetul de servicii medicale de bază , după litera I), se introduce o nouă literă, litera J), cu următorul cuprins:

„J) Activități de suport - Eliberare de acte medicale: - certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;”

4. În Anexa 1, Capitolul IV - Dispoziții finale, după punctul 6, se introduce un nou punct, punctul 7, cu următorul cuprins:

„7) Criteriile pentru respectarea modalităților de prescriere, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, se stabilesc în termen de 90 zile și se aprobă prin Ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS”.

5. În Anexa 2, la articolul 1 alin. (2) litera a), punctul 1 va avea următorul cuprins:

„1. numărul de puncte, acordat pe o persoană înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei înscrise:

Grupa de vârstă 0 – 3 ani 4 – 59 ani 60 ani și peste

Număr de puncte

/ persoană / an 11,2 7,2 11,2

6. În Anexa 2, la articolul 1 alin. (2) litera a), teza a doua a punctului 5 va avea următorul cuprins:

„În situația în care numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi corespunzător, sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. 3 litera b), cu asigurarea minimului

de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor din Nota 2 a lit. H Capitolul III – Anexa 1.”

7. În Anexa 2, la articolul 1 alin. (3), litera a) va avea următorul cuprins:

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

- Consultație la domiciliu - 15 puncte

- Consultație la cabinet – 5,5 puncte”

8. În Anexa 2, la articolul 1 alin. (3) punct b), ultima liniuță va avea următorul cuprins:

„ – în medie, o consultație la domiciliu /zi”.

9. În Anexa 2 la articolul 9 alineatele (1) și (3) vor avea următorul cuprins:

„(1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita" este unică pe țară; pentru trim. II și III ale anului 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” este în valoare de 4,5 lei; pentru trim. IV 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „per capita” va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trim. II și III.”

.....
„(3) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical -

consultație este unică pe țară; pentru trim. II și III ale anului 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical - consultație este în valoare de 0,9 lei; pentru trim. IV 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical - consultație va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trim. II și III.”

10. În Anexa 2 articolul 12 va avea următorul cuprins:

„Art.12 Persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 30 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul are obligația să transmită o copie conform cu originalul după fișa medicală, prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează fișa medicală a acestuia, conform legii.”

11. În Anexa 3, punctul V. A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate, la articolul 6 literele h) și k) vor avea următorul cuprins:

4

„h) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor alocate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor „per capita”, pe serviciu medical - consultație și numărul de puncte aferente, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și numărul total național de puncte realizate, atât per capita și pe serviciu medical - consultație, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

.....
„k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, în condițiile literei g) sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare”.

12. În Anexa 3, punctul V. B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale, la articolul 7 punctul 18, va avea următorul cuprins:

„18. a. să respecte programul de lucru și să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare.

b. programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.”

13. În Anexa 3, la articolul 7 punctul 38 va avea următorul cuprins:

„38) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate prescrierii medicamentelor cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;”

14. În Anexa 3, punctul VI Modalități de plată, la articolul 8 punctul 1.4 va avea următorul cuprins:

„1.4 Valoarea minimă garantată a punctului "*per capita*" este unică pe țară; pentru trim. II și III ale anului 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „*per capita*” este în valoare de 4,5 lei; pentru trim. IV 2010 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata „*per capita*” va fi calculată în funcție de

5

fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trim. II și III.”