

ORDIN nr. 2.477 din 17 noiembrie 2021

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, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia

EMITENT: **Ministerul Sănătății**

PUBLICAT ÎN: **Monitorul Oficial nr. 1105 din 19 noiembrie 2021**

Data intrării în vigoare: 19 Noiembrie 2021

Având în vedere Referatul de aprobare nr. CAZ 4.050 din 17.11.2021 al Ministerului Sănătății și nr. DG 3.154 din 9.11.2021 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- [art. 229 alin. \(4\)](#) și [art. 291 alin. \(2\) din titlul VIII „Asigurările 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, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;
 - [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 Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate](#) , aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 972/2006](#) , cu modificările și completările ulterioare,
- ministrul sănătății, interimar, 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, 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 modifică și se completează după cum urmează:

1. În [anexa nr. 11, la articolul 1, alineatul \(5\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în cadrul unui trimestru, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră, și se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

În situația în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică și de reabilitare se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare 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 trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei, reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare se

înregistrează la sfârșitul fiecărei 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 de medicină fizică și de reabilitare care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei, reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare 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 și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare decontate de casa de asigurări de sănătate."

2. La [anexa nr. 23 E, după punctul III](#) se introduce un nou punct, punctul IV, cu următorul cuprins:

"IV. INFORMAȚII PRIVIND CONTRIBUȚIA PERSONALĂ PE CARE O POT ÎNCASA SPITALELE PRIVATE - model -
Unitatea sanitară

Lista cuprinzând valoarea estimată a contribuției personale a asiguraților/grupe de diagnostic*), pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secțiile de acuți finanțate pe baza sistemului DRG,

la data de [conform [art. 92 alin. \(1\) lit. a\) pct. 3 din anexa nr. 2](#) la [Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#) și [art. 11 alin. \(4\) lit. b\) din anexa nr. 23](#) la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#) , cu modificările și completările ulterioare]

Nr. crt.	Descrierea grupelor de diagnostice*)	Valoare relativă a cazului**)	Tarif/caz ponderat propriu spitalului***)	Suma decontată de CAS/caz	Tarif/caz practicat de unitatea sanitară privată	Contribuția personală a asiguratului
c1	c2	c3	c4	c5 = c3 x c4	c6	c7 = c6 - c5
1.						
2.						
3.						
(...)						

*) Descrierea grupelor de diagnostic se completează conform datelor din coloana «Descrierea grupelor de diagnostice» din tabelul prevăzut în [anexa nr. 23 B II](#) la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#) , cu modificările și completările ulterioare.

**) Valoarea relativă a cazului se completează conform datelor din coloana «valoarea relativă» din tabelul prevăzut în [anexa nr. 23 B II](#) la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#) , cu modificările și completările ulterioare.

***) Tariful pe caz ponderat propriu spitalului este prevăzut în [anexa nr. 23 A](#) la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#) , cu modificările și completările ulterioare."

3. În [anexa nr. 39, la articolul 2, alineatul \(1\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 2

(1) Pentru obținerea dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, prescripția medicală pentru dispozitivul

medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv și prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și se prezintă certificatul de naștere. Documentele necesare obținerii dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă sau prin mijloace de comunicare electronică."

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 2022.

ART. III

Prezentul ordin intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sănătății, interimar,

Vass Levente,

secretar de stat

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Adela Cojan
