

ORDIN nr. 45 din 20 ianuarie 2022

privind completarea [Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021](#) pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special

EMITENT: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

PUBLICAT ÎN: Monitorul Oficial nr. 79 din 26 ianuarie 2022

Data intrării în vigoare: 26 Ianuarie 2022

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției reglementări și norme de contractare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. RN 135 din 20.01.2022,

în temeiul prevederilor:

- [titlului 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, cu modificările și completările ulterioare;

- [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, cu modificările și completările ulterioare;

- [Ordinului ministrului sănătății nr. 1.513/2020](#) pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de către Institutul Național de Sănătate Publică, de către unitățile sanitare, precum și de către serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București-Ilfov și de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare;

- [art. 291 alin. \(2\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, 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, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

ART. I

[Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021](#) pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 731 și 731 bis din 26 iulie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se completează după cum urmează:

1. La [anexa 3-h, după tabelul 1.1D](#) se introduce un nou tabel, tabelul 1.1 E, cu următorul cuprins:

" [ANEXA 3-h](#)

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.1 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU PERIOADA 1-15 LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4

TOTAL SPITAL			
-----------------	--	--	--

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#) , cu modificările și completările ulterioare.

***) Validarea cazurilor/serviciilor se face de către CAS, conform reglementărilor legale în vigoare.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

..... NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI."

2. La [anexa 3-h, după tabelul 1.2 D](#) se introduce un nou tabel, tabelul 1.2 E, cu următorul cuprins:

" [ANEXA 3-h](#)

1.2 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU LUNA ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate la CAS	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate**)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#) , cu modificările și completările ulterioare.

***) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

..... NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI."

3. La [anexa 3-h, după tabelul 1.3 D](#) se introduce un nou tabel, tabelul 1.3 E, cu următorul cuprins:

" [ANEXA 3-h](#)

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

1.3 E. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL AL SPITALULUI PENTRU TRIMESTRUL/TRIMESTRELE ANUL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate	Nr. servicii în centrele de evaluare

	raportate la CAS	și validate**)	raportate și nevalidate
C1	C2	C3	C4
TOTAL SPITAL			

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#), cu modificările și completările ulterioare.

***) Validarea serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale - caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,

..... NOTĂ:

Formularul se transmite spitalului de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în format electronic, din PIAS/SIUI."

4. În [anexa 3-i la punctul 1.1, după tabelul D](#) se introduce un nou tabel, tabelul E, cu următorul cuprins:

"E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare realizate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#), cu modificările și completările ulterioare.

***) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.1 E din anexa 3-h la ordin.

****) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 16 alin. (2) 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.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

..... NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești."

5. În [anexa 3-i la punctul 1.2, după tabelul D](#) se introduce un nou tabel, tabelul E, cu următorul cuprins:

"E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)

	contractate**)		
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#), cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.2 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 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.

Suma rămasă de plată pentru luna curentă reprezintă: suma realizată (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.2 din anexa 3-i), cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 1 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, din care se scade suma (col. C5 tabelul A + col. C5 tabelul B + col. C4 tabelul C + col. C4 tabelul E din raportul 1.1 din anexa 3-i) corespunzător lunii pentru care se face decontarea.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

..... NOTĂ:

Raportul se întocmește lunar și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești."

6. În [anexa 3-i la punctul 1.3, după tabelul D](#) se introduce un nou tabel, tabelul E, cu următorul cuprins:

"E. SERVICIILE SPITALICEȘTI FURNIZATE ÎN CENTRELE DE EVALUARE FINANȚATE PE BAZĂ DE TARIF PE SERVICIU MEDICAL

Denumire serviciu medical*)	Nr. servicii în centrele de evaluare raportate și validate în limita sumei contractate**)	Tarif pe serviciu medical	Suma realizată***)
C1	C2	C3	C4 = C2 x C3
TOTAL SPITAL		x	

*) Lista serviciilor medicale - caz în centrele de evaluare, prevăzute la art. 5 din anexa nr. 50 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021](#), cu modificările și completările ulterioare.

**) Se completează cu numărul de servicii medicale - caz în centrele de evaluare validate de casa de asigurări de sănătate, prevăzute în coloana C3 raportul 1.3 E din anexa 3-h la ordin.

***) Se decontează suma realizată cu respectarea prevederilor art. 9 lit. h) pct. 2 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.

Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la data de 30 noiembrie a anului în curs, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentantul legal al furnizorului

..... NOTĂ:

Raportul se întocmește trimestrial și se transmite la casa de asigurări de sănătate cu semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești."

ART. II

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

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Adela Cojan

București, 20 ianuarie 2022.

Nr. 45.
