

ORDIN nr. 1.480 din 31 mai 2022

pentru modificarea [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 în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022

EMITENT: Ministerul Sănătății**PUBLICAT ÎN: Monitorul Oficial nr. 553 din 7 iunie 2022****Data intrării în vigoare: 07 Iunie 2022**

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 8.974 din 31.05.2022 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1.523 din 19.05.2022 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. 696/2021](#) 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 2021-2022, cu modificările și completările ulterioare;

- [Hotărârii Guvernului nr. 300/2022](#) privind desființarea Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Brașov și reorganizarea acestuia ca structură fără personalitate juridică în cadrul Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Brașov;

- [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 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 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 după cum urmează:

1. În [anexa nr. 2, la articolul 15, alineatul \(2\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate de medicii de familie conform curriculei de pregătire în specialitate.

La calculul punctajului serviciilor diagnostice și terapeutice se au în vedere atât serviciile acordate la nivelul cabinetului, cât și cele acordate la domiciliu, în cadrul pachetului minimal de servicii și pachetului de servicii de bază. Pentru un program de lucru la cabinet de 25 de ore pe săptămână, numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate în cabinet sau la domiciliu nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) programului de lucru la cabinet de 5 ore/zi îi corespunde un număr de 20 de consultații în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice și terapeutice acordate nu poate depăși 16 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 5 ore în medie pe zi la cabinet, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate, raportate și validate, în medie pe zi este de 20 de consultații, calculate la nivelul unui trimestru;

c) în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic, pentru fiecare consultație în minus față de 20 de consultații, ce pot fi efectuate, raportate și validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 30 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi raportate este de 20 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate, raportate și validate în medie pe zi este de 24 de

consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 24 de consultații, ce pot fi efectuate, raportate și validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte.

În situația în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 35 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice ce pot fi raportate este de 24 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate, raportate și validate în medie pe zi este de 28 de consultații, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultație în minus față de 28 de consultații, ce pot fi efectuate, raportate și validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice crește cu câte 5,5 puncte."

2. În [anexa nr. 17, la litera A tabelul de la punctul 1, la Nota 1, subnota *8\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"8) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz pentru HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boală cronică de rinichi, după caz; medicii de familie pot recomanda, în cadrul consultațiilor preventive, investigația paraclinică «microalbuminurie» pentru asigurații adulți asimptomatici, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

- a) glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) și/sau
- b) TTGO cuprins în intervalul 140-199 mg/dl (7,8-11 mmol/l) și/sau
- c) HbA1c cuprinsă în intervalul 5,7-6,49%"

3. În [anexa nr. 23 A](#) , în tabel, poziția 116 se abrogă.

4. În [anexa nr. 23A](#) , în tabel, pozițiile 117 și 169 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"

„117	SPITALUL DE PNEUMOFIZIOLOGIE BRAȘOV	BV05	1.525	1,3839	11,49
	(...)				
169	S.C. MEDSTAR 2000 - S.R.L.	CT19	1.430	1,7187	2,70"

"

ART. II

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

Ministrul sănătății,

Alexandru Rafila

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Adela Cojan
