

ORDIN

privind modificarea și completarea 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, cu modificările și completările ulterioare

În temeiul prevederilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății;
- 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. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

având în vedere Referatul de aprobare nr. CSA.7168 din 30.06.2010 al Ministerului Sănătății și nr. 56861 din 30.06.2010 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 nr. 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare se modifică și se completează după cum urmează:

1. În Anexa nr.1, litera B de la capitolul II va avea următorul cuprins:

„B. Servicii medicale curative:
Consultație pentru afecțiuni acute, intercurente (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament).”

2. În Anexa nr.1, Nota de la litera B de la Capitolului II se modifică și va avea următorul cuprins:

„Nota 1: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, pentru celelalte consultații până la nivelul maxim de 3, medicul de familie poate elibera

bilet de trimitere către medicul / medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.”

3. În Anexa nr.1, după Nota 1 de la litera B din Capitolul II se introduc următoarele note:

„Nota 2: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

Nota 3: În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3 consultații.

Nota 4: În situația în care în derularea unui episod de boală acută , după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută, numărul consultațiilor este maxim 4, respectiv 5.

Nota 5: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial”.

4. În Anexa nr.1, litera c) de la litera E de la Capitolul III se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) evaluare periodică, clinică și paraclinică a tratamentului și evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, la alte intervale decât cele stabilite de prevederile legale în vigoare;”

5. În Anexa nr.1, litera d) de la litera E de la Capitolul III se abrogă.

6. În Anexa nr.1, Nota 2 de la litera F de la Capitolul III se completează și va avea următorul cuprins:

„Nota 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, pentru celelalte consultații până la nivelul maxim de 3, medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul / medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate”.

7. În Anexa nr.1, după Nota 2 de la litera F de la Capitolul III se introduc patru note noi: nota 3, nota 4, nota 5 și nota 6, cu următorul cuprins:

„Nota 3: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

Nota 4: În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

Nota 5: În situația în care în derularea unui episod de boală acută , după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută, numărul consultațiilor este maxim 4, respectiv 5.

Nota 6: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial”.

8. În Anexa nr. 1, la capitolul III, nota de la litera I, se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiționale la contractul / convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se

realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa 11. ”

9. În Anexa nr. 1, la capitolul III, litera J, se modifică și va avea 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, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului.”

10. În Anexa nr. 2, teza a doua de la articolul 16, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(...) Medicii de familie pot efectua aceste servicii numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază din lista proprie / din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografiile generale numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății. (...)”

11. În Anexa nr. 7, litera B din Capitolul I se modifică și va avea următorul cuprins:

„B. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

- a) Serviciile cuprinse la Punctul A "Pachetul minimal de servicii medicale".
- b) Servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute, intercurrente (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament). Pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris, costurile se suportă integral de către persoana asigurată facultativ.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 2 consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

- dacă medicul de familie a acordat 2 consultații, medicul de specialitate mai poate acorda 1 singură consultație.

Nota 1: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

Nota 2: În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

Nota 3: În situația în care în derularea unui episod de boală acută, după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută, numărul consultațiilor este maxim 4, respectiv 5.

Nota 4: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial”.

12. În Anexa nr.7, la punctul 1 de la litera C din Capitolul I, al treilea paragraf, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Consultația medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 2 consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

- dacă medicul de familie a acordat 2 consultații, medicul de specialitate mai poate acorda 1 singură consultație și nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.

Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

În situația în care în derularea unui episod de boală acută, după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută, numărul consultațiilor este maxim 4, respectiv 5.

În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial”.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Consultația pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu, se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet,

- la externare, inclusiv după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore și scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.”

13. În Anexa nr. 7, la capitolul I, litera C, nota de la punctul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Notă: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică - epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz, cu excepția bolnavilor aflați în evidența medicului cu afecțiuni pentru care prescrierea medicamentelor nu se poate face decât lunar, situație în care casa de asigurări de sănătate decontează o consultația lunar.”

14. În Anexa nr. 7, după punctul 2 litera C de la Capitolul I se introduce un punct nou, punctul 2¹, cu următorul cuprins:

„2¹. Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate distinct de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și rezolvată la nivelul cabinetului.”

15. În Anexa nr. 7, la punctul 3 de la litera C din Capitolul I, se introduce un subpunct nou - subpunctul 34, cu următorul cuprins:

„34. Chirurgie vasculară”.

16. În Anexa nr.7, la sfârșitul Capitolului I, după Nota 3 se introduce o notă nouă, Nota 4 cu următorul cuprins:

„Nota 4: „Medicul de specialitate poate emite prescripții medicale lunare pentru bolile cronice, pentru consultația efectuată în vederea dispensarizării/monitorizării bolnavilor cu afecțiuni cronice, inclusiv pentru afecțiunile cronice care se regăsesc în Anexa nr. 39 A, consultație care se decontează la un interval de timp de 3 / 6luni, după caz.”

17. În anexa nr. 7, la Nota 5 de la Capitolul II, după pct. 1 se introduce un punct nou, punctul 1¹, cu următorul cuprins:

„1¹ Pentru serviciul prevăzut la poziția 191, tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 2 segmente/CNP/o prezentare și nu mai mult de două ori pe an.”

18. În anexa nr. 7, ultimul paragraf de la punctul 1 al Capitolului IV, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum 2 consultații; fiecare cură de tratament de recuperare-reabilitare recomandată trebuie să fie precedată de o consultație. Tariful pe consultație în specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății este de 10 lei.”

19. În Anexa nr. 8, teza a doua de la alin. (2) al art. 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(...) Numărul serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat și care se află într-o relație contractuală cu persoana fizică sau juridică autorizată să le efectueze, se decontează de către casele de asigurări de sănătate, luând în considerare faptul că un medic de specialitate poate raporta servicii conexe actului medical în valoare de maximum 52 lei pe zi, corespunzător unui număr întreg de servicii conexe. (...)”

20. În Anexa nr. 8, după alineatul (9) al articolului 14, se introduc două noi alineate, alineatul 10 și alineatul (11), cu următorul cuprins:

„(10) În situația în care o cură de recuperare-reabilitare se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. În această situație decontarea curei de recuperare-reabilitare se face proporțional cu numărul de zile efectuate.

(11) În situația în care pentru o cură de recuperare-reabilitare a sănătății se recomandă un număr mai mic sau egal cu 7 zile furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate. În această situație decontarea curei de recuperare-reabilitare se face în raport cu numărul de zile efectuate, având în vedere că o cură de recuperare – reabilitare se contractează în medie 10 zile de tratament, caz în care tariful/zi este de 9 lei.”

21. În Anexa nr. 8, alineatul (4) al articolului 15 se completează după cum urmează:

„(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale-caz pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. În această situație decontarea curei de tratament se face proporțional cu numărul de zile efectuate de acesta.

În situația în care pentru o cură de tratament în acupunctură se recomandă un număr mai mic sau egal cu 7 zile furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate. În această situație decontarea curei de tratament în acupunctură se face în raport cu numărul de zile efectuate, având în vedere că o cură de tratament în acupunctură se contractează în medie pentru 10 zile de tratament, caz în care tariful/zi este de 9 lei.”

22. În Anexa nr. 11, Capitolul I, punctul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.”

23. La finalul Anexei nr. 11, după litera G, se introduce o literă nouă, litera H, cu următorul cuprins:

„H. În situația în care nici unul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. d) de la lit. A se repartizează proporțional la celelalte criterii prevăzute la lit. a) - c) de la lit. A.”

24. În Anexa nr. 12, punctul 33 de la articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și lunar, mișcarea acestora;”

25. Nota de la finalul Anexei nr. 16 B se completează cu următoarea teză:

„În tabelele de la pct. 2, 4 și 6, în coloana „c2”, pentru cetățenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul pașaportului.”

26. În Anexa nr. 25, la art. 7, după alineatul (4) se introduce un alineat nou, alineatul (5), cu următorul cuprins:

„(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative care nu se suprapun ca și perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor / furnizori aceste servicii.”

27. În Anexa nr. 25, la articolul 9 se introduce un alineat nou, alineatul (4), cu următorul cuprins:

„(4) Casele de asigurări de sănătate decontează primele 30 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu la tariful prevăzut la art. 2 alin. (2), iar pentru zilele ce depășesc primele 30 de zile, la un tarif ce reprezintă 50% din tariful prevăzut la articolul mai sus menționat.”

28. În Anexa nr. 28, prevederile de la „*)” de la finalul articolului 1 se completează cu următorul text:

„În sanatoriile balneare, pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond.”

29. În Anexa nr. 30, la articolul 1, litera c) de la alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă:

- integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele A, B pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor;

- integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic, corespunzătoare fiecărui DCI cuprinse în sublista C - secțiunea C1 pentru aceeași concentrație și formă farmaceutică, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor;”

30. În Anexa nr. 30, la articolul 7, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, acestea se anulează în fața primitorului pe toate exemplarele prescripției medicale, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A și B ale căror preturi pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe verso-ul prescripției.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublista C - secțiunea C1 și C3 care dau prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripției.”

31. În Anexa nr. 30, la articolul 14, litera c) de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru:

- un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru forme farmaceutice asimilabile – pentru medicamentele din sublistele A și B,
- un preț de vânzare cu amănuntul mai mic decât prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului care dă prețul de referință în cadrul aceluiași DCI – pentru medicamentele din sublista C - secțiunile C1 și C3.

Această condiție se aplică numai dacă deținătorul de aprobare de punere pe piață a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puțin 50% din consumul de medicamente din cadrul unui DCI corespunzător anului 2009 și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancțiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.”

32. În Anexa nr. 30, după articolul 18 se introduc două noi articole, articolul 19 și articolul 20 cu următorul cuprins:

„Art. 19. – (1) Prețul de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se definește pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul care să asigure creșterea accesului asiguraților la medicamente în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI-ul, după caz, formele farmaceutice asimilabile, doza zilnică standard stabilită conform regulilor OMS sau cantitatea de substanță activă, după caz.

(2) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și metoda de calcul pentru sublistele A, B, și C, secțiunile C1 și C3 sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și prețurile de decontare stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

(3) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică menționată la alin.(2) se publică pe pagina de WEB a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro.

(4) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele și materialele sanitare cuprinse în lista aprobată prin ordin al ministrului sănătății.

(5) Prețul de referință corespunzător medicamentelor din sublista C, secțiunile C1 și C3 rămâne nemodificat, iar începând cu 1 septembrie 2010 acesta va fi stabilit și calculat pe baza unei metodologii aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(6) Suma maximă care se suportă din Fond, corespunzătoare medicamentelor cu și fără contribuție personală pentru afecțiunile cronice prevăzute în Anexa 39A, va avea în vedere mecanismul cost – eficiență – rezultat, conform unei metodologii aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Această metodologie se aplică începând cu 1 septembrie 2010.

Art. 20 - Prevederile art. 96 - 98, art. 99 lit. b), d) – i), k) - s), t) - x), art. 100, art.101 lit. a) – d), f) – i), art.102 alin. (2), (3), (5) - (7), art. 103 alin.(1) - (3), (5) - (7), art.104 - 109 din Contractul - cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 își păstrează valabilitatea.”

33. În Anexa nr. 31, litera d) de la articolul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„d) să urmărească lunar, în cadrul aceluiași DCI, raportul între consumul de medicamente, al căror preț pe unitate terapeutică / preț de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal decât prețul de referință, și total consum medicamente; să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun.”

34. În Anexa nr. 31, punctele 1, 3, 10 și 20 de la articolul 7 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal decât prețul de referință – pentru medicamentele din sublistele A și B, respectiv cu medicamente la preț de referință și la preț de decontare pentru celelalte subliste.
(...)

3) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică, corectă și la zi, în sensul dat acestor noțiuni de legislația fiscală, cu admiterea confuziunii și perisabilității în limitele stabilite de actele normative în vigoare ;
(...)

10) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida și acordul CNAS ;”
(...)

20) să elibereze medicamentele din sublistele A și B ale căror preturi pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripției;

să elibereze medicamentele din sublista C - secțiunea C1 și C3 care dau prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripției.”

35. În Anexa nr.34, teza a treia de la alineatul (1) al articolului 9, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte cât și după protezarea auditivă.”

36. După Anexa nr. 39, se introduce o anexă nouă, anexa 40, cu următorul cuprins:

„Anexa 40 DISPOZIȚII GENERALE

Art. 1 - Criteriile utilizate pentru monitorizarea privind respectarea modalităților de prescriere respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu au în vedere următorii indicatori:

a) consumul mediu de medicamente / afecțiuni / nr. total de CNP-uri / lună calculat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate;

b) numărul de CNP - uri beneficiare de prescripții medicale înscris la medicul de familie, la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, pentru grupele de afecțiuni avute în vedere pentru calculul indicatorului de la lit. a);

c) consum mediu / medic / CNP / pe prescripție – pentru toate persoanele înscrise pe lista medicului de familie;

d) consum mediu / medic / CNP / prescripție – pentru persoanele înscrise pe lista medicului de familie pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate;

e) numărul de CNP-uri beneficiare de prescripții medicale eliberate de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, pentru grupele de afecțiuni avute în vedere pentru calculul indicatorului de la lit. a);

f) consum mediu/medic/ CNP/ prescripție – pentru persoanele pentru care medicul de specialitate organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate;