

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE

ORDIN

privind modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 24/2012 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special

Având în vedere:

- Referatul Direcției Generale Relații Contractuale nr. DGC/35/20.07.2012
- Art. 164 din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare

În temeiul prevederilor:

- Art. 139 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările și completările ulterioare
 - Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare;
- Art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare și art. 17 alin.(5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aprobat prin H.G. 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. 24/2012 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special, publicat în Monitorul Oficial al României, partea I, nr. 108 și nr. 108 bis din 10 februarie 2012, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Alineatele (1), (2) și (7) ale articolului 1, se modifică și vor avea următorul cuprins:

- „Art. 1. - (1) Se aprobă documentele justificative – formulare, unice pe țară, fără regim special care includ desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală primară, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexelor nr. 1 a – 1 n;
- (2) Se aprobă documentele justificative - formulare, unice pe țară, fără regim special care includ și desfășurătoarele necesare raportării activității medicilor din asistența medicală ambulatorie de

specialitate în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate potrivit contractului de furnizare de servicii medicale conform anexelor nr. 2 a - 2 p;

(...)

(7) Se aprobă documentele justificative-formulare, unice pe țară, fără regim special, care includ și desfășurătoarele necesare raportării listei persoanelor cu afecțiuni cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu conform anexei nr. 7a – 7d;”

2. Alineatul (2) de la articolul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ (2) La formularele menționate la alin.(1) se vor atașa, după caz:

- a) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal(CNP)/cod unic de asigurare, după caz specificarea serviciilor medicale efectuate în cazul persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- b) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod numeric personal (CNP)/cod unic de asigurare, după caz specificarea serviciilor medicale acordate cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane;
- c) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara – membră a Uniunii Europene/Spațiului Economic European, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis cardul european de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare a cardului european de asigurări sociale de sănătate în cazul persoanelor titulare ale cardului european de asigurări de sănătate;
- d) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare de formulare europene, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: tipul de formular european, țara, numele și prenumele, data nașterii, numărul de identificare a instituției care a emis formularul european în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității. Tipurile de formulare europene sunt: E 106; E 109; E 112; E120; E 121; pot fi menționate și formularele europene S - corespondente acestor formulare;
- e) lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara, numele și prenumele, data nașterii în cazul cetățenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;”

3. Articolul 5 se abrogă.

4. În tabelul din Anexa 1-b, „ CODIFICAREA CATEGORIILOR DE ASIGURAȚI”, după codul 35 se introduce un cod nou, codul 36 cu următorul cuprins:

” Studenti-doctoranzi scutiți de plata contribuției, prevăzuți la art. 164 din Legea educației	36
--	----

naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare	
--	--

”

5. În Anexa 1-d, la punctul 1, subpunctul II, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de asigurați înscriși de pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

În situația în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la numărul de puncte calculat conform formulei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)$$

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{Total col. 4} \times \frac{\text{număr persoane asigurate înscrise}}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,30 \text{ ”}$$

6. În Anexa 1- d, Nota de la punctul 8, se modifică și va avea următorul cuprins:

„**Notă:** Desfășurătorul de la punctul 8 se va completa distinct pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității și va fi însoțit de lista cuprinzând distinct pentru fiecare cod de identificare a persoanei beneficiare, tipul de formular european, serviciile medicale acordate cu specificarea următoarelor informații: țara – membră a Uniunii Europene, numele și prenumele, data nașterii, numele instituției care a emis formularul, codul de identificare al acestei instituții; Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, se vor consemna ca „urgență” de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B, C ale Cap. I din Anexa nr. 21 la Ordinul nr. 1723/950/2011, cu modificările și completările ulterioare;

În cazul imunizărilor se atașează lista cuprinzând raportările nominale și pe cod de identificare a persoanelor beneficiare, a vaccinărilor efectuate;”

7. În tabelul din Anexa 1-i, pozițiile 3 și 4 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

3. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice:	x	x
a) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în Anexa nr.39 A la Ordinul nr. 1723/950/2011, cu modificările și completările ulterioare;	**)	**)

b) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39 A la Ordinul nr. 1723/950/2011, cu modificările și completările ulterioare, monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie; ;	***)	***)
4. Activități de suport - eliberare de acte medicale:	x	x
a) certificate de concediu medical		
b) bilete de trimitere		
c) prescripții medicale - pentru care se utilizează formularul de prescripție medicală cu regim special		
d) scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri		
e) acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului		
f) documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate		

8. Notele *) și **) din Anexa 1-i, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ *) Serviciile medicale nominalizate la art. 1 alin.(2) lit. e) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare .

**) pentru evidența specifică a acestor bolnavi se utilizează formularele de raportare din Anexa 7-a și Anexa 7-b din prezentul ordin.”

9. După Nota) din Anexa 1-i, se introduce o nouă notă, nota***), cu următorul cuprins:**

„ ***)) pentru evidența specifică a acestor bolnavi se utilizează formularele de raportare din Anexa 7-c și Anexa 7-d din prezentul ordin. ”

10. După Anexa 1-j, se introduc patru noi anexe, Anexa 1-k, Anexa 1-l, Anexa 1-m și Anexa 1-n, cu următorul cuprins:

Anexa 1-k

” Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

BORDEROU CENTRALIZATOR PRIVIND CNP-URILE/CODURILE UNICE DE ASIGURARE, DUPĂ CAZ, DE LA CARE S-A ÎNCASAT CONTRAVALOAREA SERVICIILOR MEDICALE*

LUNA.....AN.....

Nr. crt.	Codul numeric personal/cod unic	Numărul și seria chitanței prin	Numărul curent cu	Numărul și seria biletului	Numărul și seria
----------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------	----------------------------	------------------

	de asigurare, după caz	care s-a încasat contravaloarea serviciului medical	care este înregistrată consultația în registrul de consultații	de trimitere	prescripției medicale

*) Serviciile medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, conform art. 2 lit. e) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare .

Notă: Borderoul din Anexa 1-k se întocmește lunar și se raportează de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în format electronic, la casa de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract/convenție pentru raportarea activității lunare.”

Anexa 1-1

”
Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

**1.1 DESFĂȘURĂTOR PRIVIND CARDURILE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CU
COMPLETAREA DATELOR MEDICALE, ELIBERATE
ÎN LUNA.....AN.....**

Nr. crt.	Codul numeric personal/cod unic de asigurare, după caz, pentru care s-a eliberat cardul național de sănătate cu completarea datelor medicale	Tarif* pe serviciu (lei)
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>
TOTAL	**)	***)

*) Pentru fiecare CNP/ cod unic de asigurare, după caz, se va completa tariful pe serviciu de 5 lei/asigurat conform art. 1 alin.(4) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare

**) Număr total CNP-uri/coduri unice de asigurare, după caz, pentru care s-a eliberat cardul național de sănătate cu completarea datelor medicale – se numără pozițiile în care sunt înscrise CNP-uri/coduri unice de asigurare, după caz

***) Sumă convenită pentru eliberare card național de sănătate cu completarea datelor medicale – se obține prin însumarea pe coloană a tarifelor pe serviciu decontat pentru fiecare asigurat pentru care s-a eliberat cardul național de sănătate

**1.2 CENTRALIZATOR PRIVIND CARDURILE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CU
COMPLETAREA DATELOR MEDICALE, ELIBERATE
ÎN LUNA.....AN.....**

Număr total CNP-uri/coduri unice de asigurare, după caz, pentru care s-a eliberat cardul național de sănătate cu completarea datelor medicale	Sumă convenită pentru eliberare card național de sănătate cu completarea datelor medicale (lei)
<i>C1</i>	<i>C2</i>

*) Col. C1 = total col. C2 din desfășurătorul 1.1; Col. C2 = total col. C3 din desfășurătorul 1.1

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătorul 1.1 din Anexa 1-1 se întocmește lunar și se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale; Centralizatorul 1.2 din Anexa 1-1 se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale ,,

Anexa 1-m

”
Casa de asigurări de sănătate
.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de familie.....

(nume, prenume)

CNP medic de familie.....

**1.1 DESFĂȘURĂTORUL PRESCRIȚIILOR MEDICALE RECOMANDATE ÎN
LUNA.....AN.....**

Nr. crt.	Codul numeric personal/cod unic de asigurare, după caz, pentru care s-a eliberat prescripția medicală	Serie și număr prescripție medicală	Tip* prescripție medicală electronică (on-line, off-line)	Tip* prescripție medicală cu regim special off-line
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
TOTAL GENERAL				
% prescripții medicale electronice(on-line și off-line) recomandate din totalul prescripțiilor medicale recomandate = C3x100/(C3+C4)				
Tarif** pentru recomandare prescripții medicale electronice - lei				

*) Corespunzător fiecărui CNP/cod unic de asigurare, după caz, pentru tipul prescripției medicale se completează una dintre următoarele cifre, după caz:

- „1” în col. C3 dacă prescripția medicală recomandată este electronică (on-line, off-line);

- „2” în col. C4 dacă prescripția medicală recomandată este cu regim special off-line

Total col. C3 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1”; Total col. C4 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2”

**) conform art. 1 alin.(4) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

1.2 CENTRALIZATORUL PRESCRIPȚIILOR MEDICALE ELECTRONICE ON-LINE ȘI OFF-LINE RECOMANDATE ÎN LUNA.....AN.....

Număr* prescripții medicale electronice (on- line și off-line)	Număr* prescripții medicale cu regim special off-line	Total număr prescripții medicale recomandate	% prescripțiilor medicale electronice on- line și off-line recomandate din totalul prescripțiilor medicale recomandate	Sumă cuvenită pentru recomandare prescripții medicale electronice on- line și off- line**
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3=C1+C2</i>	<i>C4=C1*100/C3</i>	<i>C5</i>

*) Col. C1 = total col. C3 din desfășurătorul 1.1; Col. C2 = total col. C4 din desfășurătorul 1.1

**) conform art. 1 alin.(4) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătorul 1.1 din Anexa 1-m se întocmește lunar și se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale; Centralizatorul 1.2 din Anexa 1-m se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale ,,

**Raportare trimestrială a caselor de asigurări
de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru stabilirea
valorii definitive a punctului**

**Situația sumelor corespunzătoare serviciilor pentru care plata se face prin tarif exprimat în lei în asistența medicală primară
- trimestrul**

Serviciul medical pentru care se face plata prin tarif exprimat în lei	Luna I			Luna II			Luna III			Total sumă ³ (lei)
	Număr ¹ medici/ Număr ¹ asigurați	Tarif ² (lei)	Sumă ³ (lei)	Număr ¹ medici/ Număr ¹ asigurați	Tarif ² (lei)	Sumă ³ (lei)	Număr ¹ medici/ Număr ¹ asigurați	Tarif ² (lei)	Sumă ³ (lei)	
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3=C1x C2</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6=C4x C5</i>	<i>C7</i>	<i>C8</i>	<i>C9=C7x C8</i>	<i>C10=C3+C6+C9</i>
1. Recomandare prescripții medicale electronice on-line și off-line/medic cu listă proprie pentru un număr de prescripții reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripțiilor medicale recomandate		100			100			100		
2. Recomandare prescripții medicale electronice on-line și off-line/medic cu listă proprie pentru un număr de prescripții reprezentând între 50% și 70% din numărul total al prescripțiilor medicale recomandate		50			50			50		
3. Eliberare card național de sănătate cu completarea datelor medicale		5 lei /asigurat			5 lei /asigurat			5 lei /asigurat		
Total general	X	X		X	X		X	X		
Sume raportate în plus sau în minus ⁴										

¹⁾ Corespunzător rândurilor 1 și 2, în col. C1, C4 și C7 se va completa numărul medicilor cu liste proprii, inclusiv medicii nou veniți într-o localitate – unitate administrativ teritorială/zonă(oraș, comună) , pentru care s-au decontat sumele aferente serviciilor medicale a căror plată se face prin tarif exprimat în lei.

Corespunzător rândului 3, în col. C1, C4 și C7 se va completa numărul asiguraților pentru care s-a eliberat cardul național de sănătate cu completarea datelor medicale

²⁾ Tarifele sunt conform art. 1 alin.(4) din Anexa nr. 2 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

³⁾ Sumele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0; Se includ și sumele reprezentând contravaloarea serviciilor prestate de medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună) în baza convențiilor de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

⁴⁾ Se vor trece cu plus sumele omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz); se vor trece cu minus sumele raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz).

Se va da notă explicativă pentru fiecare diferență de sume raportată.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE
.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE
.....

Întocmit,
.....

Notă: Formularul din Anexa 1-n se întocmește în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor. ”

11. După Anexa 2-m, se introduc trei anexe noi, Anexa 2-n, Anexa 2-o și Anexa 2- p, cu următorul cuprins:

Anexa 2-n

” Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de specialitate*.....

(nume, prenume)

CNP medic de specialitate.....

BORDEROU CENTRALIZATOR PRIVIND CNP-URILE/CODURILE UNICE DE ASIGURARE, DUPĂ CAZ, DE LA CARE S-A ÎNCASAT CONTRAVALOAREA SERVICIILOR MEDICALE**

LUNA.....AN.....

Nr. crt.	Codul numeric personal/cod unic de asigurare, după caz	Numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical	Numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații	Numărul și seria biletului de trimitere	Numărul și seria prescripției medicale

*) Medicii din specialitățile clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății

**) Serviciile medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, conform art. 16 alin. (2) din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare .

Notă: Borderoul din Anexa 2-n se întocmește lunar și se raportează de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, în format electronic, la casa de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare.”

Anexa 2-o

” Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitate.....

.....

Județ.....

Medic de specialitate*.....

(nume, prenume)

CNP medic de specialitate.....

1.1 DESFĂȘURĂTORUL PRESCRIPȚIILOR MEDICALE RECOMANDATE ÎN LUNA.....AN.....

Nr. crt.	Codul numeric personal/cod unic de asigurare, după caz, pentru care s-a eliberat prescripția medicală	Serie și număr prescripție medicală	Tip** prescripție medicală electronică (on-line, off-line)	Tip** prescripție medicală cu regim special off-line
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3</i>	<i>C4</i>
TOTAL GENERAL				
% prescripții medicale electronice(on-line și off-line) recomandate din totalul prescripțiilor medicale recomandate = $C3 \times 100 / (C3 + C4)$				
Tarif*** pentru recomandare prescripții medicale electronice - lei				

*) Medicii din specialitățile clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății

**) Corespunzător fiecărui CNP/cod unic de asigurare, după caz, pentru tipul prescripției medicale se completează una dintre următoarele cifre, după caz:

- „1” în col. C3 dacă prescripția medicală recomandată este electronică (on-line, off-line);

- „2” în col. C4 dacă prescripția medicală recomandată este cu regim special off-line

Total col. C3 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „1”; Total col. C4 = se numără pozițiile în care este înscrisă cifra „2”

***) conform Cap. I litera C, punctul C2, subpunctul III, respectiv Cap. IV punctul 3 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

1.2 CENTRALIZATORUL PRESCRIPȚIILOR MEDICALE ELECTRONICE ON-LINE ȘI OFF-LINE RECOMANDATE ÎN LUNA.....AN.....

Număr** prescripții medicale electronice (on-line și off-line)	Număr** prescripții medicale cu regim special off-line	Total număr prescripții medicale recomandate	% prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line recomandate din totalul prescripțiilor medicale recomandate	Sumă cuvenită pentru recomandare prescripții medicale electronice on-line și off-line***
<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3=C1+C2</i>	<i>C4=C1x100/C3</i>	<i>C5</i>

*) Medicii din specialitățile clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății

**) Col. C1 = total col. C3 din desfășurătorul 1.1; Col. C2 = total col. C4 din desfășurătorul 1.1

***) conform Cap. I litera C, punctul C2, subpunctul III, respectiv Cap. IV punctul 3 din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

Notă: Desfășurătorul 1.1 din Anexa 2-o se întocmește lunar și se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale; Centralizatorul 1.2 din Anexa 2-o se întocmește lunar în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale ,,

**Raportare trimestrială a caselor de asigurări
de sănătate către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru stabilirea
valorii definitive a punctului**

**Situația sumelor corespunzătoare serviciilor pentru care plata se face prin tarif exprimat în lei în asistența medicală ambulatorie de
specialitate pentru specialitățile clinice - trimestrul**

Serviciul medical pentru care se face plata prin tarif exprimat în lei	Luna I			Luna II			Luna III			Total sumă ³ (lei)
	Număr ¹ medici	Tarif ² (lei)	Sumă ³ (lei)	Număr ¹ medici	Tarif ² (lei)	Sumă ³ (lei)	Număr ¹ medici	Tarif ² (lei)	Sumă ³ (lei)	
<i>C0</i>	<i>C1</i>	<i>C2</i>	<i>C3=C1xC2</i>	<i>C4</i>	<i>C5</i>	<i>C6=C4xC5</i>	<i>C7</i>	<i>C8</i>	<i>C9=C7xC8</i>	<i>C10=C3+C6+C9</i>
1. Recomandare prescripții medicale electronice on-line și off-line/medic cu program de lucru ≥ cu 35 ore/săpt., pentru un număr de prescripții reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripțiilor medicale recomandate		100			100			100		
2. Recomandare prescripții medicale electronice on-line și off-line/medic cu program de lucru ≥ cu 35 ore/săpt., pentru un număr de prescripții reprezentând între 50% și 70% din numărul total al prescripțiilor medicale recomandate		50			50			50		
3. Recomandare prescripții medicale electronice on-line și off-line/medic cu program de lucru între 17,5 inclusiv și 35 ore/săpt., pentru un număr de prescripții reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripțiilor medicale recomandate		60			60			60		
4. Recomandare prescripții medicale		30			30			30		

electronice on-line și off-line/medic cu program de lucru între 17,5 inclusiv și 35 ore/săpt., pentru un număr de prescripții reprezentând între 50% și 70% din numărul total al prescripțiilor medicale recomandate										
Total general	X	X		X	X		X	X		
Sume raportate în plus sau în minus ⁴										

¹⁾ Corespunzător rândurilor 1, 2, 3 și 4 în col. C1, C4 și C7 se va completa numărul medicilor pentru care s-au decontat sumele aferente serviciilor medicale a căror plată se face prin tarif exprimat în lei.

²⁾ Tarifele sunt conform Cap. I litera C, punctul C2, subpunctul III din Anexa nr. 7 la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare.

³⁾ Sumele raportate vor avea obligatoriu două zecimale, chiar dacă cifrele existente după virgulă sunt 0;

⁴⁾ Se vor trece cu plus sumele omise la raportare într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz); se vor trece cu minus sumele raportate eronat în plus într-un trimestru anterior (defalcat pentru fiecare trimestru după caz).

Se va da notă explicativă pentru fiecare diferență de sume raportată.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
ECONOMICE

.....

DIRECTOR EXECUTIV AL DIRECȚIEI
RELAȚII CONTRACTUALE

.....

Întocmit,

.....

Notă: Formularul din Anexa 2-p se întocmește în 2 exemplare de către casele de asigurări de sănătate din care un exemplar se înaintează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

Se va trece în clar numele semnatarilor. ”

12. În Anexa 3-i, Nota se modifică și va avea următorul cuprins:

„ **Notă:** Desfășurătoarele din Anexa 3-i se întocmesc în 2 exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. „

13. După Anexa 7-b, se introduc două anexe noi, Anexa 7-c și Anexa 7-d, cu următorul cuprins:

Anexa 7-c

”
Casa de asigurări de sănătate
.....
Furnizorul de servicii medicale..... Reprezentantul legal al furnizorului
Localitate.....
Județ..... Medic de familie
.....
(nume prenume)
CNP medic de familie
.....

LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE* PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ SPECIFICĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta **	Codul categoriei din care face parte asiguratul ***	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
1. Sindroame poststreptococice la copii					
1.					
2					
...					
2. Afecțiuni cronice cardio – vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice					
1.					
2					
...					
3. Afecțiuni cronice digestive: sindrom de malabsorbție					
1.					
2					
...					
4. Afecțiuni cronice de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți)					
1.					
2					
...					
5. Afecțiuni cronice ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă					
1.					
2					
...					
6. Afecțiuni cronice ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi polichistic					
1.					
2					

...					
7. Afecțiuni cronice endocrine: distrofii endemice tireopate, gușă (copii și adulți)					
1.					
2					
...					
8. Afecțiuni cronice psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice					
1.					
2					
...					
9. Afecțiuni cronice oftalmologice: glaucom					
1.					
2					
...					

*) altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39 a la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare

**) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

***) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

Note:

1. În situația în care o persoana prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. Formularul din Anexa 7-c se întocmește în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale .

Pe parcursul derulării contractului, listele se vor actualiza semestrial în funcție de modificările intervenite/mișcarea semestrială a persoanelor cu afecțiuni cronice pe baza anexei 7-d .

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări

de sănătate

.....

Data:

Anexa 7-d

Casa de asigurări de sănătate

.....

Furnizorul de servicii medicale.....

Reprezentantul legal al furnizorului

Localitatea.....

.....

Județ.....

Medic de familie

.....
(nume prenume)
CNP medic de familie
.....

**MIȘCAREA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE* PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ
EVIDENȚĂ SPECIFICĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE
ÎN SEMESTRUL..... ANUL.....**

I .Intrări/Ieșiri în/din evidență

Nr. crt.	Cod numeric personal / Cod de identificare	Vârsta **	Codul categoriei din care face parte asiguratul ***	Data intrării în evidența medicului de familie	Data ieșirii din evidența medicului de familie
1. Sindroame poststreptococice la copii					
1.					
2					
...					
2. Afecțiuni cronice cardio – vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice					
1.					
2					
...					
3. Afecțiuni cronice digestive: sindrom de malabsorbție					
1.					
2					
...					
4. Afecțiuni cronice de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți)					
1.					
2					
...					
5. Afecțiuni cronice ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă					
1.					
2					
...					
6. Afecțiuni cronice ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi polichistic					
1.					
2					
...					
7. Afecțiuni cronice endocrine: distrofiile endemice tireopate, gușă (copii și adulți)					
1.					
2					
...					
8. Afecțiuni cronice psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice					
1.					
2					
...					
9. Afecțiuni cronice oftalmologice: glaucom					
1.					

2					
...					

*) altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39 a la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare

***) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0-1 an se va completa vârsta în luni.

****) Codul se completează conform nomenclatorului din anexa 1-b.

II . Recapitulăția persoanelor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie

Lista afecțiunilor cronice pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie *	Număr persoane cu afecțiuni cronice:			
	Rămași în evidență la sfârșitul semestrului precedent	Intrări	Ieșiri	Rămași în evidență la sfârșitul semestrului în curs
1.	2.	3.	4.	5.
1. Sindroame poststreptococice la copii				
2. Afecțiuni cronice cardio – vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice				
3. Afecțiuni cronice digestive: sindrom de malabsorbție				
4. Afecțiuni cronice de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți)				
5. Afecțiuni cronice ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă				
6. Afecțiuni cronice ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi polichistic				
7. Afecțiuni cronice endocrine: distrofii endemice tireopate, gușă (copii și adulți)				
8. Afecțiuni cronice psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice				
9. Afecțiuni cronice oftalmologice: glaucom				

*) altele decât cele prevăzute în Anexa nr. 39A la Ordinul nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările și completările ulterioare

Notă:

- În situația în care o persoana prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
- Evidența cuprinde mișcarea semestrială a persoanelor care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
- Formularele din Anexa 7-d se întocmesc în două exemplare din care unul se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale .
- Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

Validat de casa de asigurări
de sănătate

.....

Data:

”

Art. II - În Ordin sintagma „cod numeric personal” se înlocuiește cu sintagma „cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz”.

Art. III - Casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor vor aduce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

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

PRESEDINTE,
DORU BĂDESCU

București, 25.07.2012

Nr. 340