

## NOTĂ DE FUNDAMENTARE

### **Secțiunea 1 Titlul prezentului act normativ HOTĂRÂRE**

pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății

### **Secțiunea a 2 – a Motivul emiterii actului normativ**

Asigurarea continuității în acordarea asistenței medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate, inclusiv a celor acordate în cadrul programelor naționale de sănătate și stabilirea condițiilor de acordare a acestora, în concordanță cu dispozițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008.

#### **1. Descrierea situației actuale**

- În prezent, programele naționale de sănătate curative se derulează în conformitate cu prevederile Titlului II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și prevederile Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare și a normelor tehnice de aplicare a acestora, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017, cu modificările și completările ulterioare.

- În conformitate cu art. 21 alin. (5) din Legea nr. 500 / 2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare precum și cu prevederile art. 2, alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 59/2004 privind măsuri de întărire a disciplinei financiar-economice în sistemul sanitar, cu modificările ulterioare, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se rețin sume reprezentând 10% și 3% din fondurile prevăzute pentru programele naționale de sănătate curative.

- Începând cu data de 01 aprilie 2021, conform prevederilor Hotărârii Guvernului 351/2021 asiguraților s-a permis accesul la medicamente din cadrul programelor naționale de sănătate curative, eliberate de orice furnizor de medicamente care este în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală medicul prescriptor.

- În contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2 măsurile stabilite în domeniul programelor naționale de sănătate curative, respectiv decontarea la realizat a serviciilor de radioterapie, a serviciilor de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, a serviciilor de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți, a serviciilor de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, a serviciilor de dializă, a serviciilor de tratament prin Gamma-Knife și a serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate (HbA1c), acordate de unitățile specializate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, care au fost raportate și validate în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate, au aplicabilitate până la data de 31 martie 2020.

- Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt stabilite prin H.G. nr. 140/2018 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 2018 – 2019, cu modificările ulterioare, a cărei aplicabilitate este prelungită până la data de 30 iunie 2021, prin HG nr. 351/2021 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății, prelungirea termenelor de aplicare a acestora, precum și prorogarea unor termene.

- În conformitate cu dispozițiile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

- Prin OUG nr. 20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr.266/2008, au fost reglementate măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2.

## **2. Schimbări preconizate**

Prin prezentul act normativ se propune completarea prevederilor HG nr. 155/2017, cu modificările și completările ulterioare, în sensul reglementării unor măsuri pentru preîntâmpinarea apariției unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la medicamente și materiale sanitare în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

Având în vedere faptul că începând cu data de 1 aprilie 2021 un asigurat, în baza prescripției medicale eliberate în oricare dintre județele țării, va putea beneficia de medicamente și materiale sanitare la orice farmacie din țară, CAS este în imposibilitatea de a estima necesarul de credite de angajament pe baza istoricului de consum, fapt ce ar putea conduce la necesitatea suplimentării creditelor de angajament pentru unele CAS în funcție de adresabilitatea bolnavilor.

Deși în mod obișnuit bolnavii beneficiari de PNSC pot fi programați, s-au identificat numeroase situații pentru care a fost necesară alocarea urgentă de către CNAS a unor sume suplimentare bugetului CAS, astfel încât, bolnavilor eligibili pentru a li se acorda tratament specific decontat în cadrul PNSC, în mod special pentru cei care aveau nevoie de materiale sanitare pentru tratarea afecțiunii în cadrul acestora, să nu le fie prejudiciat dreptul la sănătate și să nu existe risc amenințător de viață.

Totodată, în contextul epidemiologic determinat de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, datorită creșterii ratei de infectare cu coronavirusului SARS-CoV-2 unitățile sanitare care derulează PNSC, au implementat măsurile adoptate de Comitetul Național pentru Situații de Urgență, ceea ce a condus în unele situații la crearea de liste de așteptare pentru bolnavii eligibili nou diagnosticați potențiali beneficiari de tratament specific decontarea în cadrul PNSC, dimensiunea acestor liste de așteptare neputând fi previzionată la momentul solicitării fondurilor de către CAS, pentru a nu prejudicia starea de sănătate, pentru asigurarea tratamentului necesar bolnavilor în mod nediscriminatoriu cu un acces rapid și facil al bolnavilor la tratamente specifice decontate în cadrul PNSC, la nivelul CNAS este necesar a se reține sume care să permită suplimentarea fundamentată în regim de urgență a bugetului alocat CAS.

În acest sens, prin prezentul act normativ se creează cadrul legal care să permită reținerea la Casa Națională de Asigurări de Sănătate a unei sume în cuantum de 5% din fondurile prevăzute pentru programele naționale de sănătate curative, după reținerea sumelor conform prevederilor Legii 500/2002 și Ordonanței Guvernului nr. 59/2004, permițându-se astfel suplimentarea fundamentată a fondurilor repartizate CAS, pentru situațiile menționate anterior, respectând prevederile art. 230 alin. (2) lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Aceasta prevedere este necesar a se aplica pe toată perioada de valabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 155 / 2017, cu modificările și completările ulterioare.

Totodată, având în vedere prevederile OUG nr. 20/2021, se asigură transpunerea la nivelul legislației subsecvente a măsurilor cu privire la care vizează decontarea serviciilor de radioterapie, a serviciilor de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, a serviciilor de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic

și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți, a serviciilor de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, a serviciilor de dializă, a serviciilor de tratament al malformațiilor vasculare cerebrale și tumorilor cerebrale profunde prin Gamma-Knife și a serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate (HbA1c).

Completările prevederilor HG nr. 155/2017 emise în armonizarea cu prevederile de nivel primar cuprinse în OUG nr. 20/2021, au termen de aplicabilitate până la finalul oricărei luni din trimestrul II al anului 2021, în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii.

Prevederea de la art. 48 din actul normativ este necesară pentru a fi posibilă decontarea acestor servicii, în situația depășirii valorilor de contract. Casele de asigurări de sănătate pot încheia acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în luna următoare lunii în care aceste servicii au fost acordate, raportate și validate în PIAS, după alocarea de către CNAS a sumelor necesare în baza solicitărilor fundamentate ale CAS, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Prevederile cuprinse în proiectul de act normativ sunt necesare a fi aplicate cu luna aprilie 2021, întrucât acestea pun în aplicare prevederile de nivel primar cuprinse în Ordonanța de Urgență nr. 20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr.266/2008, cu referire la programele naționale de sănătate curative.

Prin Ordonanța de urgență nr. 20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008, au fost reglementate unele măsuri pentru pacienți, precum și măsuri cu privire la modalitatea de decontare a serviciilor medicale spitalicești acordate de unitățile sanitare cu paturi, inclusiv sanatorii, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și cu privire la decontarea investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu.

Pentru punerea în aplicare a acestora, prin prezentul proiect de hotărâre se reglementează:

1. Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate se pot suplimenta pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice - în aplicarea art. 11 din OUG nr. 20/2021.

2. Pentru punerea în aplicare a reglementărilor art. 4 alin. (1)–(3) și (5) și art. 13 alin. (1) din OUG nr. 20/2021, prin proiectul de hotărâre s-a reglementat modalitatea de contractare și decontare a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare continuă de către unitățile sanitare cu paturi, inclusiv de către sanatorii.

Astfel, decontarea serviciilor medicale pentru unitățile sanitare cu paturi se face, după caz: la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2 (pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești pacienților diagnosticați cu COVID-19 prevăzute în Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, privind aprobarea Planului de măsuri pentru organizarea spitalelor și a unităților de dializă în contextul pandemiei de COVID-19 și a listei spitalelor și unităților de dializă care asigură asistența medicală pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte de COVID-19, conform clasificării spitalelor în 3 niveluri de competență, cu modificările și completările ulterioare)/la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract/la nivelul indicatorilor realizați în limita valorilor de contract/la nivelul indicatorilor realizați fără a

depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a spitalului.

Pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea lunară se face la nivelul indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate, sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate.

Totodată, au fost reglementate următoarele aspecte pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, respectiv:

- în cazul unităților sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 prevăzute în Anexa 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările și completările ulterioare, și pentru care decontarea activității se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, valoarea cheltuielilor efectiv realizate care depășesc nivelul contractat, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie în trimestrul II al anului 2021 acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate după încheierea lunii în care au fost realizate, nu poate depăși valoarea cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021;

- pentru unitățile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în Anexa 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările și completările ulterioare, în cursul trimestrului I 2021 și care nu au încheiat în fiecare lună a trimestrului acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, suma contractată poate fi suplimentată în trimestrul II al anului 2021 la solicitarea furnizorilor, pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, iar decontarea activității în trimestrul II al anului 2021 se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat. Pentru aceste situații, precum și în cazul creșterii numărului de cazuri COVID-19, care necesită internarea în unitățile sanitare care asigură asistența medicală pentru pacienții diagnosticați cu COVID-19 Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local și/sau național, după caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial.

Prin măsurile privind decontarea serviciilor medicale spitalicești se asigură continuitate în acordarea acestui tip de servicii, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative, precum și la tratamentul necesar. Totodată se are în vedere realizarea unui control al costurilor în unitățile sanitare, ținând cont de necesitatea justificării cheltuielilor în unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pentru pacienții diagnosticați cu COVID-19, pentru care decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, pentru a asigura sustenabilitate în contextul epidemiologic actual.

### 3. Măsuri pentru pacienți:

- în aplicarea dispozițiilor art. 1 din OUG nr. 20/2020, prin proiectul de hotărâre s-a reglementat că din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă serviciile medicale și medicamentele necesare pentru tratarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 și a complicațiilor acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum și altor persoane aflate pe teritoriul României.

### 4. Alte reglementări:

- în cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora acordate în unități sanitare cu paturi, recuperarea cheltuielilor se face în conformitate cu dispozițiile documentelor internaționale respective, la nivelul tarifelor stabilite pentru cetățenii români asigurați, sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav.

Potrivit documentelor internaționale serviciile medicale se acordă în aceleași condiții ca și pentru asigurații proprii, iar recuperarea cheltuielilor se face la aceleași tarife ca și pentru proprii asigurați; având în vedere că după încetarea stării de urgență, la nivelul unor unități spitalicești plata se face la nivelul cheltuielilor efective pentru toți pacienții internați în unitățile respectiv, recuperarea cheltuielilor se va face în mod similar. Documentele de deschidere de drepturi sunt prevăzute de instrumentele juridice internaționale care deschid dreptul la servicii medicale pe teritoriul României pe cheltuiala instituțiilor competente (ex: card european de asigurări de

sănătate/formulare europene S1, S2, etc.).

Completările prevederilor HG nr. 140/2018 emise în aplicarea celor aprobate prin OUG nr. 20/2021, au termen de aplicabilitate până la finalul oricărei luni din trimestrul II al anului 2021 în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii.

Măsurile instituite prin proiectul de hotărâre sunt în aplicarea celor aprobate prin OUG nr. 20/2021 și au în vedere contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, astfel încât să nu fie aduse prejudicii asupra stării de sănătate a populației și necesitatea limitării răspândirii coronavirusului SARS-CoV-2, iar implementarea acestora asigură continuitatea asistenței medicale și accesul pacienților la serviciile necesare.

**3. Alte informații –**  
Nu este cazul.

**Secțiunea a 3-a**  
**Impactul socio-economic al actului normativ**

**1. Impact macro-economic**

Actul normativ nu se referă la acest subiect

**1<sup>1</sup>. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat:**

Actul normativ nu se referă la acest subiect

**2. Impact asupra mediului de afaceri**

Actul normativ nu se referă la acest subiect

**2<sup>1</sup>. Impactul asupra sarcinilor administrative**

Actul normativ nu se referă la acest subiect

**2<sup>2</sup>. Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii**

Actul normativ nu se referă la acest subiect

**3. Impact social**

Actul normativ nu se referă la acest subiect

**4. Impact asupra mediului**

Actul normativ nu se referă la acest subiect

**5. Alte informații**

Nu sunt

**Secțiunea a 4-a**  
**Impactul financiar asupra bugetului general consolidat,**  
**atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung (pe 5 ani)**

- în mii lei (RON) -

Indicatori	Anul curent	Următorii patru ani				Media pe cinci ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. impozit pe profit ii. impozit pe venit b) bugete locale i. impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. contribuții de asigurări						
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii b) bugete locale:						

i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii					
3. Impact financiar, plus/minus, din care:					
a) buget de stat					
b) bugete locale					
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare					
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare					
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare					
7. Alte informații					

**Secțiunea a 5-a**  
**Efectele proiectului actului normativ asupra legislației în vigoare**

**1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor actului normativ**

a) *acte normative care se modifică sau se abrogă ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ:*

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017 privind aprobarea Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare- se modifică;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018 – 2019, cu modificările și completările ulterioare - se modifică;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - se modifică;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special - se modifică.

b) *acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții*

Nu este cazul.

**1<sup>1</sup>. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**2. Conformitatea actului normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare:**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**3. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente** Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**6. Alte informații**

Nu sunt.

**Secțiunea a 6-a**  
**Consultările efectuate în vederea elaborării actului normativ**

**1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate**

Nu este cazul

**2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul actului normativ**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care actul normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr.521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

**5. Informații privind avizarea de către:**

- a) Consiliul Legislativ - Se supune avizului Consiliului Legislativ
- b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării
- c) Consiliul Economic și Social
- d) Consiliul Concurenței
- e) Curtea de Conturi

**6. Alte informații**

Nu sunt.

**Secțiunea a 7-a**  
**Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea actului normativ**

**1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ**

Proiectul de act normativ respectă prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată. Proiectul de act normativ a fost postat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituție competentă a elabora proiectul, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, la data de 6 aprilie 2021.

**2. Informarea societății civile cu privire la eventualele impact asupra mediului în urma implementării actului normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**3. Alte informații**

Nu sunt

**Secțiunea a 8-a**  
**Măsuri de implementare**

**1. Măsurile de punere în aplicare a actului normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente**

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**2. Alte informații**

Nu sunt.

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății.

**Președintele Casei Naționale  
de Asigurări de Sănătate  
Adrian GHEORGHE**

**Ministrul Sănătății  
Vlad VASILE VOICULESCU**

**Avizatori:  
VICEPRIM-MINISTRU  
Ilie-Dan BARNA**

**Ministrul Justiției  
Stelian-Cristian ION**

**Ministrul Finanțelor  
Alexandru NAZARE**



# GUVERNUL ROMÂNIEI



## HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

**Art. I.** - Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se completează după cum urmează:

1. La articolul 7, după alineatul (10) se introduce un nou alineat, alineatul (11), cu următorul cuprins:

„(11) Repartizarea fondurilor destinate programelor naționale de sănătate curative către casele de asigurări de sănătate se face, în condițiile legii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după reținerea la dispoziția sa a unei sume suplimentare de 5% din fondurile prevăzute cu această destinație. Această sumă se utilizează în situații justificate, pe baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate și se repartizează până la data de 30 noiembrie a fiecărui an.”

2. După articolul 47 se introduce un nou articol, articolul 48, cu următorul cuprins:

„**Art. 48.**- În trimestrul II al anului 2021, decontarea serviciilor de radioterapie, a serviciilor de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, a serviciilor de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți, a serviciilor de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, a serviciilor de dializă, a serviciilor de tratament prin Gamma-Knife și a serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate (HbA1c), acordate de unitățile sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, raportate și validate în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate se efectuează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (1) – (4) din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008.”

**Art. II.** - Capitolul XVII din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 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 2018 - 2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1.** La articolul 254, alineatul (5) se completează și va avea următorul cuprins:

„(5) Pacienții simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID-19, beneficiază de consultații, inclusiv consultații la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu încadrarea în numărul maxim de 6 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României.”

**2.** Articolul 256 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 256. - Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi conform prezentei hotărâri și normelor metodologice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare, după cum urmează:

a) pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021 privind aprobarea Planului de măsuri pentru organizarea spitalelor și a unităților de dializă în contextul pandemiei de COVID-19 și a listei spitalelor și unităților de dializă care asigură asistența medicală pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte de COVID-19, conform clasificării spitalelor în 3 niveluri de competență, cu modificările și completările ulterioare, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate;

b) pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la lit. a), suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităților sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăși suma ce poate fi contractată, în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital.”

**3.** Articolul 257 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 257. - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 prevăzute în Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările și completările ulterioare, activitatea desfășurată lunar, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, altele decât cele prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate decontează activitatea desfășurată lunar, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital;

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni cronice se aplică prevederile alin. (1) lit. a) și b).

(4) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă prevăzute la alin. (1) și (2), cărora le sunt aplicabile prevederile alin. (1) lit. c) și d), respectiv alin. (2) lit. c) se încheie acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(5) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face potrivit prevederilor alin. (1) - (3), fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrului II 2021.”

**4.** După articolul 257 se introduc două noi articole, art. 257<sup>1</sup> și art. 257<sup>2</sup>, cu următorul cuprins:

„Art. 257<sup>1</sup>. – (1) În cazul unităților sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în Anexa 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările și completările ulterioare, și pentru care decontarea se face potrivit art. 257 alin. (1) lit. d), valoarea cheltuielilor efectiv realizate care depășesc nivelul contractat, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie în trimestrul II al anului 2021 acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate după încheierea lunii în care au fost realizate, nu poate depăși valoarea cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în Anexa 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările și completările ulterioare, în cursul trimestrului I 2021 și care nu au încheiat în fiecare lună a trimestrului acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, suma contractată poate fi suplimentată în trimestrul II al anului 2021 la solicitarea furnizorilor, pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, iar decontarea activității în trimestrul II al anului 2021 se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (2), precum și în cazul creșterii numărului de cazuri COVID – 19, care necesită internarea în unitățile sanitare care asigură asistența medicală pentru pacienți diagnosticați cu COVID-19 Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local și/sau național, după caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial, cu aplicarea corespunzătoare a prevederilor art. 257 alin. (1) lit. d).

Art. 257<sup>2</sup>. - Decontarea lunară din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face la nivelul indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate, sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrului II 2021.”

**5.** După articolul 258 se introduce un nou articol, art. 258<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

Art. 258<sup>1</sup>. - (1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice.

(2) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte.

6. După articolul 259, se introduc două noi articole, art. 260 și art. 261, cu următorul cuprins:

„Art. 260. - Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă serviciile medicale și medicamentele necesare pentru tratarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 și a complicațiilor acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum și altor persoane aflate pe teritoriul României.

Art. 261. - (1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unități sanitare cu paturi, recuperarea cheltuielilor se face la nivelul tarifelor aferente serviciilor medicale sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat.

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 257 alin. (1) - (3), cărora le sunt aplicabile, după caz, reglementările art. 257 alin. (1) lit. b) și d), respectiv ale art. 257 alin. (2) lit. b), au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi, și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.”

### **ART. III**

Pentru unitățile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 în cursul unui trimestru și care nu au încheiat în fiecare lună a respectivului trimestru acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, potrivit art. 4 alin (3) din OUG nr. 20/2021, decontarea se face în trimestrul II 2021 la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, la solicitarea fundamentată a unităților sanitare.

### **ART. IV**

Măsurile prevăzute de prezenta hotărâre sunt aplicabile începând cu luna aprilie 2021, până la finalul oricărei luni din trimestrul II al anului 2021 în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, cu excepția prevederilor punctului 1 al art. I care se aplică până la data de 30 iunie 2021.

**PRIM – MINISTRU**

**Florin-Vasile CÎȚU**