

## NOTĂ DE FUNDAMENTARE

### Secțiunea 1

#### Titlul prezentului proiect de act normativ

#### HOTĂRÂRE

privind prelungirea termenului de aplicare a prevederilor 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, pentru prorogarea unor termene, pentru modificarea și completarea anexei nr. 2 la aceasta, precum și pentru prelungirea termenului de aplicare și modificarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018

### Secțiunea a 2 – a

#### Motivul emiterii actului normativ

Asigurarea continuității în acordarea asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și în cadrul programelor naționale de sănătate.

Potrivit art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

„(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza Contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, denumit în continuare CMSR, Colegiul Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimiștilor, denumit în continuare OBBC, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru.”

Față de reglementările de mai sus, menționăm:

- Contractul-cadru aplicabil din anul 2021 și Normele metodologice de aplicare a acestuia trebuie să intre în vigoare la aceeași dată;
- Normele metodologice de aplicare a hotărârii de Guvern pot fi definitive și avizate / aprobate în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul 2021 (pentru a putea fi stabilite valori de punct, tarife).

Având în vedere faptul că bugetul pentru anul 2021 a fost aprobat prin Legea nr. 15/2021 a bugetului de stat pe anul 2021, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 236 din 9 martie 2021, este necesar un termen pentru elaborarea actelor normative mai sus menționate, în vederea:

- stabilirii tarifelor aferente unor servicii medicale, valorii punctului „per capita” și a punctului pe serviciu medical în asistența medicală primară, valorii punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, sumei orientative medii/medic specialist/lună la nivel național pentru medicii de medicină dentară, tarifelor aferente serviciilor medicale spitalicești;

- derulării în condiții optime a procesului de continuare a relațiilor contractuale între casele de asigurări de sănătate și furnizori;

- implementării în Platforma informatică a asigurărilor de sănătate (PIAS) a noilor reglementări (pentru aceasta fiind necesară o perioadă de cel puțin 30 de zile de la publicarea în Monitorul Oficial a actelor normative mai sus enunțate).

Elaborarea structurii programelor naționale de sănătate pentru perioada următoare, detalierea activităților care se vor realiza în cadrul acestora, a indicatorilor de evaluare, precum și a altor termeni și condiții privind derularea lor și reglementarea acestora în cadrul unor noi proiecte de acte normative este condiționată de sumele care se alocă anual, prin legea bugetului de stat, potrivit prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

De asemenea, aprobarea unor noi proiecte de acte normative trebuie precedată și de respectarea regulilor procedurale aplicabile pentru asigurarea transparenței decizionale prevăzute de Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică.

În aceste condiții, având în vedere că Legea nr. 15/2021 privind bugetul de stat pe anul a fost publicată în Monitorul Oficial în 09 martie 2021, rezultă că până la data de 31 martie 2021 nu vor putea fi parcurse toate etapele necesare pentru aprobarea unor noi acte normative care să asigure cadrul legal pentru derularea programelor naționale de sănătate, precum și pentru încheierea unor noi contracte pentru acordarea de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate.

Din aceste considerente, prin prezentul proiect de hotărâre a Guvernului se propune prelungirea, până la data de 30 iunie 2021, a termenului de aplicare a prevederilor HG nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare. În acest context, se va asigura continuitatea activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate derulate în prezent, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative.

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

În prezent, condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt stabilite prin HG 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, care își încetează valabilitatea la data de 31 martie 2021.

În actul normativ anterior menționat, termenul de aplicare a unor reglementări este prorogat până la data de 31 martie 2021.

În prezent asigurații au posibilitatea de a se prezenta la furnizorii de medicamente cu și fără contribuție personală, care sunt în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care este și medicul prescriptor.

Programele naționale de sănătate se derulează în conformitate cu prevederile titlului II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Potrivit prevederilor art. 51 alin. (4) din actul normativ sus menționat, structura programelor naționale de sănătate, obiectivele acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare implementării și derulării acestora se aprobă prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Sănătății.

Conform prevederilor art. 58 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, finanțarea programelor naționale de sănătate se realizează:

- de la bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul de stat și din venituri proprii, pentru programele naționale de sănătate publică;
- de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru programele naționale de sănătate curative,
- din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

În prezent, derularea programelor naționale de sănătate se realizează în baza prevederilor HG 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

ministrului sănătății nr. 377/2017, cu modificările și completările ulterioare, respectiv Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017, cu modificările și completările ulterioare.

De asemenea, în prezent, implementarea propriu-zisă a activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate se realizează în baza actelor adiționale la contractele încheiate pentru derularea programelor în anul 2017 între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate și casele de asigurări de sănătate sau, după caz, direcțiile de sănătate publică, în funcție de sursa bugetară din cadrul căreia se asigură finanțarea programelor.

Valabilitatea actelor normative sus enumerate, precum și valabilitatea actelor adiționale la contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate sau direcțiile de sănătate publică cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru derularea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate încetează la data de 31 martie 2021.

## **2. Schimbări preconizate**

Prelungirea aplicabilității prevederilor 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 și completările ulterioare, până la data de 30 iunie 2021 și asigurarea cadrului legal pentru acordarea asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

De asemenea, prin reglementările art. II din proiectul de hotărâre, se asigură cadrul legal pentru decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale contractate pentru trimestrul II al anului 2021.

Totodată, având în vedere prelungirea aplicabilității prevederilor HG nr. 140/2018, cu modificările și completările ulterioare până la data de 30 iunie 2021, prin proiectul de hotărâre se propune prorogarea termenului de 31 martie 2021 prevăzut de actul normativ în forma actuală pentru aplicarea unor reglementări, până la data de 30 iunie 2021, pentru implementarea în PIAS a avertizărilor referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

Pentru a nu condiționa din punct de vedere administrativ-teritorial accesul asiguraților la medicamente cu și fără contribuție personală, începând cu data de 1 aprilie 2021, asiguratul are posibilitatea de a se prezenta la furnizorii de medicamente care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală medicul prescriptor. Oportunitatea modificărilor derivă din faptul că un asigurat, în baza prescripției medicale eliberate în oricare dintre județele țării, va putea beneficia de medicamente la orice farmacie din țară, cu excepția medicamentelor cost-volum-rezultat. În același timp, o farmacie va încheia contract cu o singură casă de asigurări de sănătate și va putea elibera medicamente indiferent în ce județ a fost emisă prescripția medicală, nu va mai întocmi evidențe distincte și nu va mai efectua raportări lunare către două case de asigurări de sănătate, reducându-se astfel birocrăția din sistem.

Fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală. În consecință, pentru medicamentele cost-volum și cost-volum-rezultat reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandată în mod expres de acesta încheie distinct cu casa de asigurări de sănătate acte adiționale la contractul pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu. Se încheie contract în situația în care societatea farmaceutică intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate numai pentru medicamente cost-volum-rezultat.

În Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018 a fost introdus un capitol nou, cap. XVII, cu dispoziții aplicabile până la data de 30 iunie 2021 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2, cu privire la:

- acordarea consultațiilor medicale la distanță în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, consultații ce se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia;

- acordarea consultațiilor la distanță din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, precum și cele de îngrijiri paliative în ambulatoriu se acordă fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere,

- numărul maxim de consultații ce pot fi acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv maximum 6 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice,

- derogarea de la prevederile Hotărârii de Guvern nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările ulterioare, astfel:

- a) medicul de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu \* din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările ulterioare;

- b) medicul de familie poate emite prescripție medicală în continuare pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de către medicul specialist - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care se prescriu de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

- obligația caselor de asigurări de sănătate de a contracta 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;

- modalitatea de decontare de către casele de asigurări de sănătate a activității desfășurată lunar de către unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, în limita fondurilor cu această destinație;

- decontarea activității desfășurate de 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, la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract.

Contractele/Actele adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă.

Pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicită legal de acesta prin act

notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală/dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților.

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

**Secțiunea a 3-a**  
**Impactul socio-economic al proiectului de act normativ**

**1. Impact macro-economic**  
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**1<sup>1</sup>. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat:**  
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**2. Impact asupra mediului de afaceri**  
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**2<sup>1</sup>. Impactul asupra sarcinilor administrative**  
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**2<sup>2</sup>. Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii**  
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**3. Impact social**  
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

**4. Impact asupra mediului**  
Proiectul de act 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					
<b>Secțiunea a 5-a</b> <b>Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare</b>					
<b>1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ</b> a) <i>acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare - se modifică.</li> </ul> b) <i>acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții</i> Nu este cazul.					
<b>1<sup>1</sup>. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect					
<b>2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare:</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect					
<b>3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect					
<b>4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect					
<b>5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect					
<b>6. Alte informații</b>					

Nu este cazul.
<b>Secțiunea a 6-a</b> <b>Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ</b>
<b>1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate</b> Nu este cazul.
<b>2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
<b>3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act 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</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
<b>4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
<b>5. Informații privind avizarea de către:</b> 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
<b>6. Alte informații</b> Nu este cazul.
<b>Secțiunea a 7-a</b> <b>Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</b>
<b>1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ</b> 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 19 martie 2021.
<b>2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
<b>3. Alte informații</b> Nu sunt
<b>Secțiunea a 8-a</b> <b>Măsuri de implementare</b>
<b>1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente</b> Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
<b>2. Alte informații</b> Nu sunt.

Față de cele prezentate a fost promovată prezenta Hotărâre a Guvernului privind prelungirea termenului de aplicare a prevederilor 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, pentru prorogarea unor termene, pentru modificarea și completarea anexei nr. 2 la aceasta, precum și pentru prelungirea termenului de aplicare și modificarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018.

**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

privind prelungirea termenului de aplicare a prevederilor 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, pentru prorogarea unor termene, pentru modificarea și completarea anexei nr. 2 la aceasta, precum și pentru prelungirea termenului de aplicare și modificarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018

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

#### ART. I

Termenul de aplicare a prevederilor 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările și completările ulterioare, se prelungește până la data de 30 iunie 2021.

#### ART. II

Decontarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, contractate pentru trimestrul II al anului 2021 prin acte adiționale la contractele derulate în anul 2020 de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii, se va face din sumele prevăzute pe domeniile de asistență medicală corespunzătoare, prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2021.

#### ART. III

Termenele prevăzute la art. 7 lit. h), art. 24 lit. w), art. 42 lit. x), art. 59 lit. Ț), art. 92 alin. (1) lit. ag), art. 119 lit. u), art. 130 lit. Ț), art. 141 lit. u) 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 prorogă până la data de 30 iunie 2021.

#### ART. IV

Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1. La articolul 149, alineatele (1) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății și evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Pot intra în relație contractuală cu farmacii pentru medicamente cost-volum-rezultat numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medici care pot prescrie aceste medicamente, conform prevederilor legale în vigoare.”

”(4) Reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandată în mod expres de acesta, încheie un singur contract pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Pentru medicamentele cost-volum-rezultat reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandată în mod expres de acesta, poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Pentru medicamentele cost-volum și cost-volum-rezultat reprezentantul legal al societății farmaceutice sau de persoana mandată în mod expres de acesta încheie distinct cu casa de asigurări de sănătate acte adiționale la contractul pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Se încheie contract în situația în care societatea farmaceutică intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate numai pentru medicamente cost-volum-rezultat.

În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficine locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme.

Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult două farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care la una dintre farmacii asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.”

## **2. La articolul 152, litera l) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„l) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile prevăzute în norme, indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia; fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală.”

## **3. La articolul 154, litera n) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„n) Începând cu data de 1 aprilie 2021, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să intre în relație contractuală cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale care pot

prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente.”

**4. La articolul 154, după litera n) se introduce o nouă literă, litera o), cu următorul cuprins:**

"o) să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală se află în relație contractuală, situațiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la prescrierea medicamentelor, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute de prezenta hotărâre, după caz."

**ART. V**

Farmaciile care au încheiate două contracte, respectiv cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, potrivit prevederilor art. 149 alin. (4) 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, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta hotărâre, începând cu data de 1 aprilie 2021 rămân în relație contractuală cu o singură casă de asigurări de sănătate pentru care optează, având obligația de a anunța în scris ambele case de asigurări de sănătate cu care aveau încheiate contracte.

**ART. VI**

După capitolul XVI 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 introduce un nou capitol, capitolul XVII, cu următorul cuprins:

**"CAPITOLUL XVII**

**Dispoziții aplicabile până la data de 30 iunie 2021 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2**

**ART. 252**

(1) Consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 alin. (1) - (1<sup>2</sup>) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Consultațiile la distanță sunt considerate consultații acordate în regim off-line și se supun reglementărilor aplicabile acestora prevăzute de prezenta hotărâre și normele sale de aplicare.

(2) Consultațiile la distanță din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, precum și cele de îngrijiri paliative în ambulatoriu se acordă fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere.

**ART. 253**

Contractele/Actele adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă.

**ART. 254**

(1) Numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de maximum 6 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

(2) Numărul maxim de consultații ce poate fi raportat pe zi la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin raportare la programul la cabinet al medicilor și la numărul maxim de 6 consultații/oră/medic prevăzut la alin. (1).

(3) Consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate atât de medicii de familie, cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 6 consultații/oră.

(4) Serviciile de sănătate conexe actului medical furnizate de psiholog și logoped prevăzute în pachetul de servicii de bază din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pot fi acordate și la distanță - prin mijloace de comunicare la distanță.

(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.

(6) Medicul de familie, precum și medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicul de medicină fizică și de reabilitare, vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

(7) Consultațiile la distanță prevăzute la alin. (3) se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet prevăzute în pachetele de servicii, prevăzute în prezenta hotărâre și normele metodologice de aplicare a acesteia.

(8) Consultațiile prevăzute la alin. (5), inclusiv cele la distanță, se asimilează consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

#### ART. 255

(1) Prin derogare de la prevederile Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

a) medicul de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu \* din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) medicul de familie poate emite prescripție medicală în continuare pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de către medicul specialist - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care se prescriu de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și

în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru medicamentele notate cu \*\*) \*\*, \*\*1), \*\*) \*\*, \*\*) \*\*, \*\*) și \*\*) \*\*) în Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prescrierea se realizează potrivit 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Medicii din spital pot elibera, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru maximum 90/91/92 de zile, cu excepția medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat pentru care durata de prescriere este de până la 30 de zile.

#### 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.

#### ART. 257

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute activitatea desfășurată lunar la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, în limita fondurilor cu această destinație.

(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 cronice, decontarea activității desfășurate se realizează la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract.

#### ART. 258

(1) Unitățile sanitare cu paturi raportează lunar și trimestrial datele aferente cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate la casele de asigurări de sănătate și la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

(2) Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București are obligația transmiterii lunar și trimestrial a datelor/informațiilor de confirmare clinică și medicală a activității unităților sanitare cu paturi, la termenele și potrivit reglementărilor Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, cu modificările și completările ulterioare.

#### ART. 259

Pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală/dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților."

#### ART. VII

Termenul de aplicare a prevederilor Hotărârii 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 ulterioare, se prelungește până la data de 30 iunie 2021.

#### ART. VIII

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 modifică după cum urmează:

##### **1. La articolul 11, litera f) va avea următorul cuprins:**

„f) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale, inclusiv pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile prevăzute în norme, indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia;”

##### **2. Articolul 45 va avea următorul cuprins:**

„Art. 45 În vederea creșterii accesului bolnavilor la tratamente, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, medicii de familie pot emite prescripții medicale, pentru bolnavii cu schemă terapeutică stabilă, tratați în cadrul programelor naționale de sănătate curative, în baza documentelor medicale care au fost emise acestora de către medicii specialiști - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele notate cu (\*\*), (\*\*1), (\*\*Ω) și (\*\*1Ω) în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis care sunt prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi, în condițiile stabilite prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.”

ART. IX

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2021.

**PRIM – MINISTRU**  
**Florin – Vasile CÎȚU**