

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

SECȚIUNEA 1 TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022

SECȚIUNEA A 2-A MOTIVUL EMITERII ACTULUI NORMATIV

În baza dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru multianual se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR), Colegiul Farmaciștilor din România (CFR), Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România (OBBCSSR), 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.

1. Descrierea situației actuale

În prezent, potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate în condițiile legii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare. Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații. Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au dreptul la un pachet de servicii minimal care cuprinde servicii medicale ce se acordă numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a leuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție.

Pachetul minimal și pachetul de bază cuprind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive la care au dreptul cetățenii în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România.

Pentru serviciile din pachetul minimal și pachetul de bază sunt stabilite condițiile de acordare, drepturile și obligațiile părților contractante: case de asigurări de sănătate și furnizori, modalitățile de plată, condițiile de eligibilitate necesar a fi îndeplinite de furnizori pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și sancțiunile aplicabile.

2. Schimbări preconizate

▪ Pachete de servicii:

✓ În **Pachetul minimal** de servicii medicale în asistența medicală primară:

- la consultațiile pentru urmărirea leuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere s-a prevăzut că acestea se acordă la domiciliu, similar ca în pachetul de bază.

✓ În **Pachetul de servicii de bază**:

1. În asistența medicală primară:

- la activități de suport – au fost prevăzute: recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și recomandarea pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară
- s-a precizat că se acordă la domiciliu consultațiile pentru urmărirea leuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere

- în categoria serviciilor adiționale, pe lângă cele care pot fi acordate de medicul de familie în baza unui act adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate - din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, au fost introduse și servicii adiționale care vor putea fi acordate de medicul de familie conform curriculei de pregătire, servicii ce vor fi decontate prin tarif pe serviciu exprimat în puncte; condițiile de acordare și punctajele aferente vor fi prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru;
- s-a prevăzut posibilitatea acordării la distanță a consultațiilor pentru afecțiuni cronice;

2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

- s-a prevăzut posibilitatea acordării la distanță a consultațiilor pentru afecțiuni cronice, a terapiilor psihiatrice, precum și a serviciilor conexe actului medical furnizate de psiholog și logoped

▪ Condiții contractare:

Față de perioada anterioară, furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, care optează să parcurgă voluntar procesul de acreditare, pot intra în relație contractuală în baza acreditării fără a mai avea obligația evaluării.

Totodată, au fost introduse condiții de suspendare / reziliere a contractelor pentru situațiile în care a încetat valabilitatea acreditării sau acreditarea/înscrierea în procesul de acreditare au fost revocate/retrase/anulate de către autoritatea competentă.

▪ Reducerea birocrăției:

1. Instrumente simplificate în procesul de contractare:

Eliminarea unor documente la contractare, respectiv:

- ✓ La asistența medicală primară:
 - copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
 - copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - programul de lucru al medicilor cu liste proprii de asigurați, precum și numărul de ore pe zi pentru medicii angajați în cabinete medicale individuale și pentru personalul medico-sanitar.
- ✓ La asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:
 - copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
 - copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar, inclusiv personalul autorizat de Ministerul Sănătății care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, își exercită profesia la furnizor;
 - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar;
 - actele doveditoare care să conțină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică sau atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de lucru și tipul serviciilor conform prevederilor din norme;
 - certificat de competență - pentru medicii care încheie acte adiționale pentru servicii medicale paraclinice, după caz;
 - documentul prin care se atestă competența de îngrijiri paliative.
- ✓ La asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare:
 - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar;
 - lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia;
 - copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
- ✓ La medicină dentară
 - documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști;
 - copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor.
- ✓ La asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:
 - copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimiști, biochimiști;
 - copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

- programul personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor;
- declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate.
- ✓ La asistența medicală spitalicească:
 - lista afecțiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu/spitalizare de zi și care impun internarea în regim de spitalizare continuă, prezentată de fiecare furnizor în format electronic;
 - lista investigațiilor paraclinice care nu pot fi efectuate în ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor și care impun internarea pentru spitalizarea de zi, prezentată de fiecare furnizor în format electronic;
 - nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății, în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății, sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;
 - copie de pe actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - declarație pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică criteriile de internare pentru lista de afecțiuni care nu pot fi tratate în ambulatoriu și necesită spitalizare - prevăzută mai sus, precum și că asigură managementul listei de așteptare pentru internările programabile, conform nivelului de competență al spitalului;
 - declarație pe propria răspundere a managerului spitalului privind estimarea procentelor serviciilor medicale corespunzătoare spitalizărilor continue evitabile care se transferă pentru tratament în ambulatoriu/spitalizare de zi.
- ✓ La îngrijiri medicale la domiciliu
 - copie a actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor;
 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
 - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.
- ✓ La îngrijiri paliative la domiciliu
 - copie a actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor;
 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
 - programul de activitate al medicilor, al personalului care furnizează servicii conexe actului medical și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.
- ✓ La asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii:
 - nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății, în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății, sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective, după caz;
- ✓ La medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu
 - dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - farmaciștii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;
 - durata timpului de lucru a acestuia (număr de ore/zi și număr de ore/săptămână) pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor.
- ✓ La dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu:
 - dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia; -
 - copie de pe buletin/cartea de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia.

La nivelul tuturor segmentelor de asistență medicală, documentele ce se depuneau la contractare cu informații legate de personal, se înlocuiesc cu o listă al cărui model va fi prevăzut în norme, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar / farmaceutic, după caz, care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia; lista cuprinde informații necesare încheierii contractului.

Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive care sunt evaluați vor depune dovada de evaluare la contractare, numai dacă au evaluarea făcută de altă casă de

asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală.

2. Obligații case de asigurări de sănătate – abrogate/modificate față de reglementările în vigoare:

✓ La nivelul asistenței medicale primare a fost eliminată obligația CAS de a ține evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență, deoarece aceste informații se regăsesc în PIAS

✓ La nivelul asistenței medicale spitalicești a fost eliminată obligația CAS de a ține evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta, deoarece aceste informații se regăsesc în PIAS.

✓ La capitolul pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, au fost eliminate obligațiile CAS:

- a. de a urmări lunar, în cadrul aceleiași DCI, raportul dintre consumul de medicamente al căror preț pe unitate terapeutică/preț de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de referință și total consum medicamente;
- b. de a aduce la cunoștința furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situația fondurilor lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor.

3. Obligație reformulată la furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive:

✓ în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere ale dispozitivelor medicale tehnologiilor și dispozitivelor asistive de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, furnizorii nu vor mai transmite *certIFICATELE DE ÎNREGISTRARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE, TEHNOLOGIILOR ȘI DISPOZITIVELOR ASISTIVE EMISE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII/AGENȚIA NAȚIONALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI A DISPOZITIVELOR MEDICALE ORI DOCUMENTELE DE ÎNREGISTRARE DINTR-UN STAT MEMBRU DIN SPAȚIUL ECONOMIC EUROPEAN ȘI/SAU DECLARAȚIILE DE CONFORMITATE CE EMISE DE PRODUCĂTORI, DUPĂ CAZ, CI O DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE CONFORM CĂREIA TOATE DISPOZITIVELE MEDICALE, TEHNOLOGIILE ȘI DISPOZITIVELE ASISTIVE PENTRU CARE SE TRANSMIT PREȚURILE DE VÂNZARE CU AMĂNUNTUL/ SUMELE DE ÎNCHIRIERE, SE REGĂSESC ÎN CERTIFICATELE DE ÎNREGISTRARE EMISE DE ORGANIZAȚIILE/ORGANISMELE ANTERIOR MENȚIONATE IDENTIFICATE ÎN DECLARAȚIE CU NUMERELE DE ÎNREGISTRARE AFERENTE ACESTOR DOCUMENTE, PENTRU FIECARE DISPOZITIV MEDICAL, TEHNOLOGIE, DISPOZITIV ASISTIV.*

▪ **Disciplină contractuală**

I. Pentru îmbunătățirea gestionării eficiente a FNUASS:

1. La domeniul de asistență ”consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat” - s-a precizat că trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme.

2. La îngrijiri medicale la domiciliu și la îngrijiri paliative la domiciliu - s-a precizat că suma contractată se regularizează în condițiile prevăzute în norme, creându-se în acest sens baza legală privind regularizarea.

II. Pentru îmbunătățirea controlului utilizării FNUASS:

1. La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs.

Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești;

b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă.

2. Sancțiuni reformulate / sancțiuni noi la furnizorii de servicii medicale:

✓ Prin reglementările din proiectul de act normativ, pentru nerespectarea obligației de urcare în sistem a prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line, se propun alte sancțiuni - care nu mai conduc la rezilierea contractului acolo unde era prevăzută rezilierea, astfel:

- la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

- începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line

care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Reglementarea are în vedere aplicarea punctuală și unitară a acestei sancțiuni la nivelul tuturor prescriptorilor.

Anterior, nerespectarea de către furnizori a obligației de a introduce în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii, conducea la aplicarea de sancțiuni graduale – care prin aplicare conduceau la sume diferite pe categorii de furnizori.

În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

✓ S-a precizat că este interzisă utilizarea semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. În cazul nerespectării acestei obligații, se vor anunța organele abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun conform prevederilor legale în vigoare.

3. La furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, raportat la condiția de eligibilitate de a avea implementat sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS, aceasta a fost completată în sensul că este necesară și stocarea informațiilor.

Totodată, a fost introdusă o nouă obligație a furnizorilor respectiv aceea de a pune la dispoziția casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, la solicitarea acestora, informațiile stocate prin sistemul GPS, potrivit normelor.

4. A fost revizuită în parte sancțiunea aplicabilă farmaciilor în situația refuzului de a pune la dispoziția organelor de control documente privind tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate, astfel:

- refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul - conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente și recuperarea integrală a sumei reprezentând contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul refuzului, eliberate de furnizor în perioada pentru care se efectuează controlul și decontată de casa de asigurări de sanatate.

Reglementarea are în vedere, pe lângă întărirea disciplinei contractuale, echilibrarea sumelor cu care se diminuează valoarea consumului transmisă Deținătorilor de autorizații de punere pe piață a medicamentelor (DAPP) în vederea stabilirii, calculului, declarării și plății contribuției trimestriale (Clawback), urmare a contestațiilor depuse de acesta în temeiul art. 6 din OUG nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare.

5. Suspendarea contractelor:

✓ Pentru situațiile în care se suspendă contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale și suma corespunzătoare plății per capita.

✓ A fost introdusă o situație nouă pentru suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, respectiv la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

Pentru aceste situații, pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost consumată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost consumată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

✓ Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice, în situația în care certificatul de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, pentru laboratoarele de analize medicale / certificatul în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală – și-au încetat valabilitatea / au fost revocate, contractul se poate suspenda pentru o perioadă de maximum 90 de zile (anterior termenul era de maximum 30 de zile) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora.

III. Pentru securitatea datelor

Furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să asigure integritatea, confidențialitatea și disponibilitatea datelor gestionate în vederea raportării serviciilor medicale efectuate, în conformitate cu legislația specifică (*Regulamentul nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)*, *Legea nr. 190/2018* privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), *Legea nr. 362/2018* privind asigurarea unui nivel comun ridicat de securitate a rețelelor și sistemelor informatice).

În ceea ce privește asigurările, unele modificări din proiectul de act normativ au avut ca obiectiv:

- Accesul la servicii medicale:

1. În asistența medicală primară au fost prevăzute următoarele obligații ale medicilor de familie:

- să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru - pentru coroborare cu alte acte normative incidente.

- să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale - pentru punerea de acord cu regulamentele europene;

- având în vedere specificul activității din structurile MAI, a fost prevăzută o nouă situație în care asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, respectiv situația în care *medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/muncă/colaborare cu Ministerul Afacerilor Interne; la cererea expresă a furnizorului de servicii medicale unde medicul și-a desfășurat activitatea medicală, asigurările sunt transferați, fără a fi necesară utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate, pe lista unui alt medic de familie desemnat de furnizor, urmând ca ulterior asigurările să își exprime opțiunea de a rămâne sau nu pe lista de capitație a acestuia înaintea expirării termenului de 6 luni;*

2. În asistența medicală primară - nu mai este prevăzută la condițiile care pot conduce la încetarea contractului situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe listele proprii ale medicului de familie se mențin timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul de persoane asigurate **înscrise** pe lista proprie.

Totodată, pentru medicii nou-veniți într-o localitate din mediul rural, cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate nu încetează dacă la expirarea celor 6 luni acesta nu înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise, stabilit potrivit reglementărilor.

3. În asistența medicală pentru specialitățile clinice și în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare: s-a prevăzut posibilitatea ca, în situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică, respectiv medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare să poată elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document, eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice.

Anterior, această posibilitate exista doar pentru medicii de familie.

4. Îngrijiri paliative în ambulatoriu:

În proiectul de hotărâre s-a prevăzut că îngrijirile paliative în ambulatoriu pot fi contractate și de medicii de specialitate din specialitățile clinice care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care încheie contract cu casele de asigurări de

sănătate atât în baza specialității cât și a competenței.

Anterior, acest tip de îngrijiri în ambulatoriul clinic – se putea acorda de către medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie, care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrau exclusiv în această activitate și încheiau contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare.

Conform noii reglementări, acești medici în baza contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate, vor putea acorda și raporta atât servicii medicale aferente specialității clinice cât și servicii de îngrijiri paliative, în baza competenței/atestatului de studii complementare, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

5. Eliminarea limitelor privind accesul la furnizorii de medicamente

- asiguratul avea posibilitatea, până în acest moment, de a se prezenta doar la furnizorii de medicamente care erau în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care este și medicul prescriptor; prin modificarea adusă de actul normativ, pacienții se pot adresa oricărei farmacie, indiferent dacă aceasta se află sau nu în relația contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care este și medicul prescriptor; 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;

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte 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.

6. Îngrijiri medicale la domiciliu:

Furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pot modifica sau întrerupe schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu doar cu avizul medicului care a făcut recomandarea.

7. Au fost introduse reglementări noi privind contractarea pentru următoarele situații:

- schimbarea formei de organizare/sediului social nelucrative/denumirii furnizorului, pe parcursul derulării contractului

- reorganizarea furnizorilor de servicii medicale cu personalitate juridică aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția celor din asistența medicală primară, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică, astfel încât să se asigure continuitate în acordarea serviciilor medicale.

8. Recomandările pentru îngrijiri medicale la domiciliu emise anterior datei de 1 iulie 2021, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca toate serviciile de îngrijiri medicale recomandate să facă obiectul pachetului de bază.

Recomandările pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise anterior datei de 1 iulie 2021, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea.

▪ Pentru asistența medicală primară au fost reglementate următoarele aspecte:

1. Data până la care se calculează de către CNAS valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu prin regularizare trimestrială este data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, față de data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru – reglementarea are în vedere cerințele Ministerului Finanțelor Publice privind unele termene de raportare (Forexbug)

2. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului.

3. Modificarea raportului între procentul din fondul alocat asistenței medicale primare-activitate curentă pentru plata „per capita” și cel pentru plata pe serviciu, respectiv 40% și 60% (în prezent procentele sunt de 50% - 50%), după reținerea sumei reprezentând venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate. Reglementarea are în vedere stimularea și creșterea rolului medicului de familie, pentru reducerea presiunii asupra nivelului superior al piramidei serviciilor de sănătate (spitale), precum și accesul asiguraților la unele servicii ce pot fi acordate de medicul de familie conform

curriculei de pregătire. De asemenea, în contextul tranziției COVID-19 spre etapa endemică, măsura urmărește creșterea rolului pro-activ al medicului de familie, în speranța contracarării efectelor comportamentului de ezitare sau evitare a accesării acestor servicii din cauza contextului epidemiologic cu precădere în cazul afecțiunilor cronice.

▪ **Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice au fost reglementate următoarele:**

1. Data până la care se calculează de către CNAS valoarea definitivă a punctului pe serviciu prin regularizare trimestrială este data de **20** a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, *față de data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru – reglementarea are în vedere cerințele Ministerului Finanțelor Publice privind unele termene de raportare (Forexebug)*

Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per serviciu, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului.

2. Program cabinet - pentru situațiile în care pentru anumite specialități există localități/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituită la nivel local și pentru cabinetele din ambulatoriile integrate - pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână - s-a precizat că acest program poate fi mai mic de 5 zile pe săptămână, pentru claritatea reglementării.

3. Pentru furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, s-a reglementat funcționarea cabinetelor medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate cu minimum un asistent medical/soră medicală/moașă.

Anterior cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționau cu minimum un asistent medical/soră medicală, neexistând posibilitatea ca un cabinet de specialitate clinică obstetrică-ginecologie să opteze pentru funcționarea cu moașă, în locul asistentului medical/sorei medicale.

▪ **Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitate au fost reglementate următoarele aspecte:**

1. Furnizorii care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, în condițiile stabilite prin norme.

2. Program cabinet - pentru situațiile în care pentru anumite specialități există localități/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituită la nivel local și pentru cabinetele din ambulatoriile integrate - pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână - s-a precizat că acest program poate fi mai mic de 5 zile pe săptămână, pentru claritatea reglementării.

▪ **Pentru asistența medicală spitalicească s-a reglementat:**

Spitalele de specialitate care tratează cazuri acute încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

S-a făcut precizarea că, prin raportare incorectă fata de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată.

▪ **Pentru domeniul ”medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu” s-a reglementat:**

a. Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, în condițiile prevăzute în norme, casele de asigurări de sănătate decontează **toate prescripțiile medicale** acordate pacienților pentru care s-a înregistrat rezultat medical eliberate și raportate în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (16) și (17) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011

privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare, în cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

- pentru corelare cu prevederile art. 12 alin (18) din OUG nr 77/2011 cu modificările și completările ulterioare

b. S-a precizat că pentru DCI-urile incluse necondiționat în lista de medicamente, funcție de raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, se includ în Lista prețurilor de referință, denumirile comerciale corespunzătoare DCI-urilor respective, raportat la existența sau nu în raportul de evaluare a analizei de impact financiar.

- pentru concordanta cu procedura de evaluare a tehnologiilor medicale în baza căreia se emite decizie de includere necondiționată în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED)

c. S-a făcut precizarea că, prin raportare incorectă fata de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată.

- pentru aplicarea unitară în acțiunile de control, pentru identificarea corectă a situațiilor de raportare incorectă fata de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate

d. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, s-a reglementat faptul că medicii din spital pot prescrie la externarea pacienților, medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, așa cum era reglementat pentru medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, pentru acestea perioada de prescriere menținându-se de până la 30 - 31 de zile.

- pentru menținerea beneficiului în favoarea asiguratului acordat pe perioada stării de alertă

▪ **Pentru domeniul ”dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu” s-a reglementat:**

Furnizorii au dreptul să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidențialității datelor personale;

- reglementarea are în vedere optimizarea fluxului financiar privind plata facturilor la furnizori.

▪ **Revizuirea unor obligații și condiții pentru claritatea textului:**

1. Obligații CAS modificate (pentru toți furnizorii de servicii medicale):

✓ să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor aflați în relație contractuală cu CAS;

✓ să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

- anterior, reglementarea prevedea informarea furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și/sau prin poșta electronică;

2. Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe asigurații prin afișare la cabinet și prin orice alt mod de comunicare despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate.

Verificarea respectării obligației de mai sus se face de către casa de asigurări de sănătate.

- reglementarea are în vedere clarificarea modalității de anunțare a asiguraților, în concordanță cu obligațiile CAS

3. Obligație nouă CAS în raport cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

✓ să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacității

tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz.

4. Obligații furnizori - pentru toți furnizorii de servicii:

✓ să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

5. Farmaciile au obligația să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției **la momentul eliberării medicamentelor**, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

▪ Alte reglementări:

- este prevăzută, începând cu 1 ianuarie 2022, obligația furnizorilor de servicii medicale de a respecta avertizările din Sistemul informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 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, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;
- furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în desfășurarea activității de prevenție, diagnostic și tratament, pe perioada declarării unei epidemii, trebuie să aibă în vedere o corectă evaluare, monitorizare și tratare a categoriilor de persoane expuse la risc în vederea limitării extinderii epidemiei;
- este prevăzut că modalitatea de decontare a serviciilor medicale prestate până la data încetării contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate ca urmare a decesului titularului cabinetului medical individual, se stabilește prin norme.
- contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și actele adiționale, pot fi semnate de reprezentantul legal al furnizorului prin semnătură electronică extinsă/calificată.
- sintagma „statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană” a fost înlocuită cu sintagma „statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord”, având în vedere Acordul privind retragerea Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord din Uniunea Europeană și din Comunitatea Europeană a Energiei Atomice.

SECȚIUNEA A 3-A

IMPACTUL SOCIOECONOMIC AL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Impactul macroeconomic	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2 ¹ . Impactul asupra sarcinilor administrative	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2 ² . Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Impactul social	Asigurarea accesului asiguraților la servicii medicale, la medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și la dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu
4. Impactul 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)

- mil lei -

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2					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	Nu este cazul					
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	Nu este cazul					
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
7. Alte informații						

SECȚIUNEA A 5-A
EFECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE

1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ):	
a) Acte normative care se modifica sau se abroga ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ	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 Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS 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
b) Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.
1 ¹ . Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Măsuri 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	Nu este cazul
6. Alte informații	
SECȚIUNEA A 6-A CONSULTĂRILE EFECTUATE ÎN VEDEREA ELABORĂRII PROIECTULUI DE ACT NORMATIV	
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Negocieri/consultări în procesul de elaborare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, Colegiului Farmaciștilor din România, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România, Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, precum și cu organizațiile patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, conform dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
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	

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	
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul
5. Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi	Se supune avizului Consiliului legislativ Se supune avizului CES.
6. Alte informații	Nu este cazul
SECȚIUNEA A 7-A ACTIVITĂȚI DE INFORMARE PUBLICĂ PRIVIND ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PROIECTULUI DE ACT NORMATIV	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ	S-au respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată. Potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se avizează de Ministerul Sănătății. Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 02.03.2021
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	Nu este cazul
3. Alte informații	
SECȚIUNEA A 8-A MĂSURI DE IMPLEMENTARE	
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	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
2. Alte informații	Nu sunt.

Față de cele prezentate a fost promovat prezentul proiect de Hotărâre pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

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

**Ministrul sănătății,
Vlad Vasile VOICULESCU**

Avizăm:

**Viceprim-ministru
Ilie-Dan BARNA**

**Ministrul justiției
Stelian-Cristian ION**

**Ministrul finanțelor
Alexandru NAZARE**

**Ministrul Afacerilor Interne
Lucian-Nicolae BODE**

**Ministrul apărării naționale
Nicolae-Ionel CIUCĂ**

**Ministrul muncii și protecției sociale
Raluca TURCAN**

**Ministrul transporturilor și infrastructurii
Cătălin DRULĂ**