

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

SECȚIUNEA 1

TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

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, precum și pentru prorogarea unor termene și completarea Anexei nr.2 la hotărâre

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.

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 Biochimiștilor, 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 nu pot fi definitive și avizate / aprobate decât după aprobarea 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 nu a fost aprobat, fapt care conduce la necunoașterea dimensiunii Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, respectiv a fondurilor alocate diferitelor segmente de asistență medicală, perioada până la sfârșitul lunii martie 2021 este necesară pentru:

- stabilirea tarifelor aferente unor servicii medicale, valoarea punctului „per capita” și a punctului pe serviciu medical în asistența medicală primară, valoarea punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, suma orientativă medie/medic specialist/lună la nivel național pentru medicii de medicină dentară, tarifele aferente serviciilor medicale spitalicești;

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

- implementarea 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).

1. Descrierea situației actuale	<ul style="list-style-type: none">▪ În prezent, condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt stabilite prin H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, cu modificările și completările ulterioare, care își încetează valabilitatea la data de 31 decembrie 2020. <p>În actul normativ anterior menționat, termenul de aplicare a unor reglementări este prorogată până la data de 31 decembrie 2020.</p>
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 31 martie 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 I al anului 2021.

Totodată, având în vedere prelungirea aplicabilității prevederilor H.G. nr. 140/2018, cu modificările și completările ulterioare până la data de 31 martie 2021, prin proiectul de hotărâre se propune prorogarea termenului de 31 decembrie 2020 prevăzut de actul normativ în forma actuală pentru aplicarea unor reglementări, până la data de 31 martie 2021. Astfel, până la data de 31 martie 2021, asiguratul are posibilitatea de a se prezenta la furnizorii de medicamente care sunt în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care este și medicul prescriptor, pentru a fi asigurat un acces neîntrerupt al asiguraților la medicamentele necesare.

În Anexa nr. 2 la HG nr. 140/2018 a fost introdus un capitol nou, cap. XVI, cu dispoziții aplicabile până la data de 31 martie 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;

- pentru 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 acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de maximum 8 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

- prin derogare 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:

- 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,

	<p>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. Fac excepție medicamentele/materialele sanitare 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;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Alte informații (**)

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 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,	Nu este cazul					

plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) venituri proprii 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	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 b) Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	Prelungirea până la data de 31 martie 2021 a aplicării prevederilor Normelor metodologice de aplicare 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 CNAS nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare.					
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. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect					
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect					
5. Evaluarea conformității:	Nu este cazul					
Denumirea actului sau documentului comunitar, numărul, data adoptării și data publicării	Gradul de conformitate (se conformează / nu se conformează)				Comentarii	
6. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente	Nu este cazul					
7. 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	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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
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	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.
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	Nu este cazul
2. Alte informații	

Față de cele menționate am elaborat prezentul proiect de 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, precum și pentru prorogarea unor termene și completarea Anexei nr.2 la hotărâre, pe care vă rugăm să-l aprobați.

**Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
Adela COJAN**

**Ministrul sănătății,
Nelu TĂTARU**

Avizăm favorabil:

**Viceprim-ministru
Raluca TURCAN**

**Ministrul finanțelor publice
Vasile-Florin CÎȚU**

**Ministrul justiției
Marian Cătălin PREDOIU**

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, precum și pentru prorogarea unor termene și completarea Anexei nr.2 la hotărâre

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 31 martie 2021.

Art. II. - Decontarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, contractate pentru trimestrul I 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), art. 149 alin. (4), art. 152 lit. l) și art. 154 lit. n) 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 31 martie 2021.

Art. IV. – După capitolul XV 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 XVI, cu următorul cuprins:

"CAPITOLUL XVI

Dispoziții aplicabile până la data de 31 martie 2021 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2

Art. 243 - (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) - (1²) 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. 244. - 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. 245. - (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 8 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 8 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 8 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 8 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 va 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.

(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. 246. - (1) Prin derogare 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:

a) medicul de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriu 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. Fac excepție medicamentele/materialele sanitare 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.

(2) Pentru medicamentele notate cu **), **) , **)1) și **)1β) în Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările 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. 247. – 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 a 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. 248 - (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 desfășurată se realizează la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract.

Art. 249. - (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. 250. - 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. 251. - Măsurile prevăzute în prezentul capitol sunt aplicabile începând cu luna ianuarie 2021.”

PRIM – MINISTRU INTERIMAR

NICOLAE – IONEL CIUCĂ