

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

la Hotărârea 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

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:
 - consultația pentru urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere se acordă la domiciliu.
- ✓ În **Pachetul de servicii de bază**:

1. În asistența medicală primară:

- la activități de suport – au fost evidențiate distinct: recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și recomandarea pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară;
- consultația pentru urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere se acordă la domiciliu;
- 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, precum și a consultațiilor pentru bolile cu potențial endemoepidemic care necesită izolare.

2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

- s-a introdus o nouă poziție în cadrul Serviciilor diagnostice și terapeutice, respectiv Proceduri diagnostice de complexitate superioară, având în vedere dificultatea sporită de realizare în ambulatoriul clinic de specialitate de proceduri precum endoscopiile digestive, pentru stimularea medicilor de specialitate clinică gastroenterologie sau specialități conexe cu atestat de studii complementare, de a efectua aceste proceduri ce conduc la depistarea timpurie a cancerelor și afecțiunilor gastroenterologice și conexe;
- s-a prevăzut posibilitatea acordării la distanță a consultațiilor pentru afecțiuni cronice, a terapiilor psihiatrice, a serviciilor conexe actului medical furnizate de psiholog și logoped, precum și a consultațiilor pentru bolile cu potențial endemoepidemic care necesită izolare; pentru consultațiile acordate la distanță nu se solicită bilet de trimitere;
- s-a specificat în cadrul Serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii care acordă servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și cu medicii de specialitate cu anumite specialități clinice, că serviciile de kinetoterapie pot fi furnizate de fizioterapeuți, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare prin scrisoare medicală – *pentru uniformitate și coerență*;
- s-au adăugat specialitățile clinice pneumologie și cardiologie între specialitățile clinice pe care le pot avea medicii de specialitate ce recomandă serviciile de sănătate psihologice conexe actului medical și servicii conexe de kinetoterapie și care pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate - *s-a avut în vedere această completare datorită nevoii de consiliere psihologică clinică și de recuperare respiratorie a pacienților post- infecție cu virusul SARS – Cov – 2, precum și a pacienților cu afecțiuni din sfera specialităților cardiologie și pneumologie a căror afecțiuni se agravează post - infecție cu virusul SARS – Cov – 2.*

3. În cadrul pachetului de bază de îngrijiri paliative la domiciliu:

- s-a făcut precizarea la servicii medicale efectuate de medic sau sub supravegherea medicului că activitatea de comunicare se referă la comunicarea cu pacientul și familia în vederea asigurării înțelegerii diagnosticului și prognosticului - *s-a specificat acest lucru pentru evitarea interpretărilor legate de faptul că la celelalte tipuri de asistențe medicale serviciile se acordă doar pacientului*;
- s-a specificat în cadrul serviciilor de kinetoterapie, că acestea sunt furnizate de fizioterapeuți;
- s-a specificat faptul că serviciile de kinetoterapie sunt furnizate de fizioterapeuți - *pentru uniformitate și coerența actului normativ, deoarece serviciile de kinetoterapie pot fi acordate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate de această categorie profesională.*

Condiții de contractare:

Față de perioada anterioară, furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării, 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/înscrisura 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 medicina 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;
- prescripțiile medicale off-line nu se mai depun la casele de asigurări de sănătate, acestea se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia, similar cu prescripțiile medicale online.

✓ *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/carta 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:**

✓ A fost modificată obligația caselor de asigurări de sănătate de a deconta pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fond, în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, exceptându-se de la această obligație plata contribuției personale a asiguraților care optează să beneficieze de unele servicii medicale în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, prevăzuți la art. 230 alin. (2¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

✓ 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. **Obligații ale furnizorilor**

✓ 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 de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive 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.*

✓ a fost eliminată obligația furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară de a organiza la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice pentru care se face management de caz, având în vedere faptul că medicii de familie au obligația în relația cu direcțiile de sănătate publice de a comunica evidența bolnavilor cronici, care include și asigurații pentru care se face management de caz pentru afecțiunile prevăzute în norme.

➤ **Drepturi ale furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară**

Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile lucrătoare pe an - *Până în prezent, medicii de familie aveau dreptul la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile calendaristice pe an.*

➤ **Drepturi ale spitalele private** aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate de a încasa contribuția personală pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acută finanțate pe baza sistemului DRG.

➤ **Drepturi ale furnizorilor de servicii medicale și îngrijiri la domiciliu:**

Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de îngrijiri la domiciliu au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare.

➤ **Drepturi ale furnizorilor de medicamente**

Pentru a asigura acoperirea cererii de medicamente, farmaciile pot achiziționa medicamente de la alte farmacii comunitare pentru onorarea integrală a unei prescripții medicale, în cazuri urgente și în limita cantității prescrise, în conformitate cu prevederile art. 2 alin. 7 lit. c) din Legea Farmaciei nr. 266/2008 republicată, cu modificările și completările ulterioare și cu respectarea prevederilor art. 6¹ din Ordinul ministrului sănătății nr. 444/2019 pentru aprobarea Normelor privind înființarea, organizarea și funcționarea unităților farmaceutice, cu modificările și completările ulterioare.

➤ **Obligații noi ale caselor de asigurări de sănătate**

✓ să afișeze lunar/trimestrial pe pagina web proprie sumele decontate din Fond conform contractelor încheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive în ambulatoriu;

✓ să pună la dispoziția spitalelor cu care se află în relație contractuală, adresele de e-mail ale medicilor de familie cu care se află în relație contractuală, astfel încât acestea să poată transmite scrisoarea medicală / biletul de externare, medicului de familie pe lista căruia se află înscris pacientul, cu respectarea reglementărilor privind transmiterea datelor cu caracter personal și protecția acestora;

✓ să aducă la cunoștința celorlalte case de asigurări de sănătate situațiile în care se apreciază că nu sunt respectate, de către medicii prescripitori aflați în relație contractuală cu acestea, obligațiile privind prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu; casa de asigurări de sănătate aflată în relație contractuală cu medicul prescriptor va verifica și după caz, va aplica sancțiunile;

✓ să organizeze împreună cu direcțiile de sănătate publică, trimestrial și ori de câte ori este nevoie, sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, întâlniri cu furnizorii, pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare; anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii.

➤ **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, 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 reținerea unor 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 servicii de asistență primară:

- a fost reformulată obligația de a actualiza lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate precum și de a actualiza lunar lista proprie în funcție de informațiile preluate din SIUI - *pentru conformitate cu realitatea;*

- a fost reformulată obligația de a recomanda dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, ca urmare a actului medical propriu precum și de a recomanda cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate - *pentru corelare cu pachetul de servicii medicale de bază.*

4. La furnizorii de servicii medicale spitalicești:

Sancțiunile aplicate spitalelor au fost revizuite astfel încât reținerea sumelor calculate să se facă prin aplicarea procentelor raportate la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea anumitor obligații.

Au fost reduse procentele aplicate la valoarea totală de contract aferentă lunii în care nu a fost raportat consumul de medicamente. S-a precizat că în situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

Pentru lunile în care se constată nerespectarea unor obligații pentru care sancțiunea nu poate fi stabilită în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești furnizate la nivelul la care se înregistrează abaterea, se diminuează valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situație. Această sancțiune se aplică pentru nerespectarea obligațiilor legate de informare, respectarea programului de lucru, afișarea pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, a situației privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate, decontarea, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, a contravalorii medicamentelor pentru nevoi speciale, asigurarea transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, asigurarea transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați.

5. 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 acesteia, informațiile stocate prin sistemul GPS, potrivit normelor.

6. La furnizorii de medicamente:

A fost completată prima teză de la obligația furnizorilor de medicamente de a deține documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună 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, într-un termen stabilit de comun acord dar nu mai mult de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea solicitării, în funcție de obiectivele acțiunii de control, volumul și data întocmirii documentelor solicitate.

Au fost completate situațiile în care casa de asigurări de sănătate sesizează instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective cu situația în care furnizorul refuză să pună la dispoziția organelor de control documentele justificative.

A fost modificată în parte obligația furnizorilor de medicamente de a păstra la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații, condica fiind numerotată de farmacie, cu eliminarea obligației de a fi stampilată de casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală.

A fost completată obligația furnizorilor de a nu elibera medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuție care nu sunt incluse în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și/sau excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract.

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 nejustificat al 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 nejustificat, eliberate de furnizor în perioada pentru care se efectuează controlul și decontată de casa de asigurări de sănătate.

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.

A fost revizuită pentru claritate sancțiunea aplicată în cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligației privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum și în cazul în care se constată eliberarea și raportarea de medicamente expirate, eliminându-se termenul “trimestrial” legat de reținerea sumei echivalente cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

A fost modificată sancțiunea pentru nerespectarea obligației de a notifica casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor, prin aplicarea rezilierii corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător - anterior, rezilierea se aplica la nivel de societate.

7. 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 suma corespunzătoare plății per capita.

✓ A fost introdusă o situație nouă pentru suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și pentru suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, 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).*

IV. Organizarea și efectuarea controlului

La efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate s-a precizat calitatea în care pot participa reprezentanții CMR, CMSR, CFR și OAMGMAMR, respectiv de experți.

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

- Accesul la servicii medicale, medicamente, dispozitive și tehnologii 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 prevederi 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 furnizorilor de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, 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 furnizorii de servicii

medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești; la cererea expresă a furnizorului de servicii medicale unde medicul și-a desfășurat activitatea medicală, asigurații 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 asigurații să își exprime opțiunea de a rămâne sau nu pe lista de capacitate a acestuia înaintea expirării termenului de 6 luni.

2. *Între activitățile de suport* reprezentate de eliberarea unor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu al medicului de familie a fost prevăzută eliberarea recomandării de îngrijiri paliative la domiciliu - *asiguratul cu nevoi de îngrijiri paliative la domiciliu nu va mai fi nevoit să se deplaseze la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate sau spital pentru a primi recomandarea de îngrijiri paliative la domiciliu, având în vedere faptul că beneficiarii acestor îngrijiri sunt specificați în Ordinul ministrului sănătății nr.253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative.*

3. *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.

În cazul în care numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista unui medic de familie într-o localitate urbană, pentru care se solicită încheierea contractului de furnizare de servicii medicale, este sub 800, comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor analizează și decide asupra încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate.

4. *În asistența medicală pentru specialitățile clinice* s-a prevăzut ca între furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în scop diagnostic - caz, să se regăsească și maternitățile clasificate în gradul I, la contractare având obligația de a transmite și copie după structura aprobată/avizată.

Anterior încheiau contract cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în scop diagnostic – caz, numai maternitățile clasificate în gradul II și III, prin încheierea de contracte și de către maternitățile clasificate în gradul I crescându-se accesul la servicii medicale în scop diagnostic – caz.

5. *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.*

6. *În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare au obligația:*

- de a elibera inclusiv formular de recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și formular pentru îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu, numai pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive / serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, după caz - *pentru corelare legislativă, și finalizarea actului medical propriu inclusiv prin eliberarea acestor formulare necesare asiguratului;*

- să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expedită direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate precum și periodicitatea seriilor specifice de care are nevoie asiguratul - *pentru evitarea situațiilor în care medicul de familie nu are cunoștință despre momentul în care este necesar să elibereze asiguratului un nou bilet de trimitere pentru*

specialitatea medicină fizică și de reabilitare.

7. Asigurații au dreptul la informații privind tarifele practicate de furnizorii privați de servicii medicale spitalicești pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și despre suma decontată de casa de asigurări de sănătate, informații afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil.

Contribuția personală a asiguratului se plătește de către asigurat în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări. Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului.

8. 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.

9. 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.

10. Îngrijiri paliative la domiciliu:

Medicii cu atestat de paliatie care își desfășoară activitatea la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu pot elibera prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. Au fost reglementate totodată obligațiile și sancțiunile pentru furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru corelare cu obligațiile celorlalți prescriptori de medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - *s-a reglementat astfel posibilitatea ca pacientul să primească prescripție medicală cu și fără contribuție personală pentru controlul simptomelor de la medicul cu atestat de paliatie ce face parte din echipa de îngrijiri paliative la domiciliu, eliminând astfel necesitatea deplasării la medicul de familie sau ambulatoriu clinic de specialitate sau spital pentru controlul simptomelor.*

11. 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 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/medicamente/dispozitive medicale.

12. 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.

13. Dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în tratamentul ambulatoriu

Deciziile de aprobare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 iulie 2021, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea cu condiția ca dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive recomandate să se regăsească în pachetul de bază.

Prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive comunicate Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de către furnizori vor fi valabile pe perioada de valabilitate a prețurilor de referință.

- Relația asiguraților cu casa de asigurări de sănătate

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 - *se realizează astfel extinderea reglementărilor aplicabile în perioada de urgență și alertă pe teritoriul României, în beneficiul asiguratului.*

➤ 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 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).*

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.

➤ 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 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 reabilitare 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 ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au fost reglementate următoarele:**

Între tipurile de personal pentru care furnizorul are obligația să asigure prezența, s-a făcut specificația că poate fi reprezentat de un medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat și prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv - *au fost corelate astfel titlurile profesionale ale personalului care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu obligațiile furnizorului.*

➤ **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 față 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.

Lista medicamentelor - denumiri comune internaționale și formă farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării pentru afecțiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităților din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului va fi publicată de fiecare unitate sanitară cu paturi pe pagina web proprie.

Spitalele private au obligația de a informa asigurații cu privire la contribuția personală pe care o pot încasa pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuzi finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind valoarea contribuției personale sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediul într-un loc vizibil.

➤ **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 concordanță 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*

e. În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, 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, fără a exista obligația ca toate farmaciile din cadrul aceleiași societăți farmaceutice să încheie contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate.

➤ **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.

➤ **Răspunderea în ceea ce privește corectitudinea datelor**

Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat sunt puse la dispoziția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, caselor de asigurări de sănătate, potrivit legii, de către autoritățile, instituțiile publice și alte instituții - care răspund de corectitudinea datelor transmise. Datele puse la dispoziția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate produc efecte în ceea ce privește calitatea, respectiv categoria de asigurat, de la data înregistrării în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepția datei decesului sau nașterii persoanei, care produc efecte de la data înregistrării evenimentului, precum și a persoanelor fizice prevăzute la art. 223 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au fost înregistrate de la data începerii raporturilor de muncă/serviciu.

➤ **Dispoziții aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2 – în aplicarea dispozițiilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr.20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008**

✓ 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 5 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

✓ 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 5 consultații/oră; se asimilează consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

✓ 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 5 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României.

✓ 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.

✓ 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.

✓ Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni

acute, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităților sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăși suma ce poate fi contractată, în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital.

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

- În cazul creșterii numărului de cazuri COVID-19, care necesită internarea în unitățile sanitare care tratează pacienți diagnosticați cu COVID-19, casele de asigurări de sănătate pot deconta unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 prevăzute în Anexa nr. 2 la *Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021*, cu modificările și completările ulterioare, activitatea desfășurată lunar, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2.

-Pentru unitățile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 în cursul unui trimestru și care nu au încheiat în fiecare lună a respectivului trimestru acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în trimestrul următor decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, pe bază de documente justificative, prin încheiere de acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

Pentru aceste cazuri, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local și/sau național, după caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial.

✓ Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, activitatea desfășurată lunar, după cum urmează:

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

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

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

✓ 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 casele de asigurări de sănătate decontează activitatea desfășurată lunar, după cum urmează:

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

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

✓ Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.

✓ 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. 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 stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

✓ Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților

diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice. Pentru aceste investigații paraclinice furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte.

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

✓ În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unități sanitare cu paturi, recuperarea cheltuielilor se face la nivelul tarifelor aferente serviciilor medicale sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat. Furnizorii de servicii medicale spitalicești au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru aceste servicii, pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi, și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

➤ 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 - termenul are în vedere timpul necesar pentru actualizarea aplicațiilor informatice;

- 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;

- 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/Regatul 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;

- 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, precum și actele adiționale, pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă/calificată;

- Documentele necesare derulării relației contractuale pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului sau persoana desemnată de acesta, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă, și transmise prin mijloace de comunicare electronică;

- Pentru elevi și studenți, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

3. Alte informații –Nu este cazul.

Secțiunea a 3-a

Impactul socio-economic al proiectului de act normativ

1. Impactul macro-economic

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

1¹. 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)						
- în mii lei (RON) -						
Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 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	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	Nu este cazul					

bugetare						
7. Alte informații Nu sunt.						
Secțiunea a 5-a						
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare						
<p>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):</p> <p>a) <i>Acte normative care se modifica sau se abroga ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 – <i>se abrogă</i>; • 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 – <i>se abrogă</i>; • Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 399/834/2018 privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului 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 – <i>se abrogă</i>; • Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 400/833/2018 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului 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 – <i>se abrogă</i>; • Ordinul președintelui CNAS nr. 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special – <i>se abrogă</i>; • Ordinul președintelui CNAS nr. 1081/2018 pentru aprobarea metodologiei de stabilire a prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate – <i>se abrogă</i>; • Ordinul președintelui CNAS 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 - <i>se abrogă</i>; <p>b) <i>Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile 						

<p>acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului 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 2021 – 2022; • Ordinul președintelui CNAS pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special; • Ordinul președintelui CNAS pentru aprobarea metodologiei de stabilire a prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate; • Ordinul președintelui CNAS 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.
<p>1¹. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>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.</p>
<p>3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente Nu este cazul.</p>
<p>6. Alte informații Nu sunt.</p>
<p>Secțiunea a 6-a</p> <p>Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ</p>
<p>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 Chimicștilor 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.</p>
<p>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 Actul normativ nu se referă la acest subiect.</p>

<p>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 Actul normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente Nu este cazul.</p>
<p>5. Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ - se supune avizului Consiliului legislativ. b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social - se supune avizului CES. d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi</p>
<p>6. Alte informații Nu este cazul.</p>
<p>Secțiunea a 7-a</p> <p>Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>3. Alte informații Nu sunt.</p>
<p>Secțiunea a 8-a</p> <p>Măsuri de implementare</p>
<p>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.</p>
<p>2. Alte informații Nu sunt.</p>

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.

**Ministrul sănătății,
Ioana MIHĂILĂ**

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

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**

**Directorul Serviciului Român de Informații
Eduard Raul HELLVIG**

**Directorul Serviciului de Informații Externe
Gabriel VLASE**

**Directorul Serviciului de Protecție și Pază
Lucian-Silvan PAHONȚU**

**Președintele Academiei Române
Academician Ioan Aurel POP**