

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

SECȚIUNEA 1 TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății, prelungirea și prorogarea unor termene, și pentru reglementarea unor măsuri pe perioada instituirii stării de urgență pe teritoriul României

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 și punerea în aplicare a dispozițiilor Decretului nr. 195/2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României.

1. Descrierea situației actuale

▪ 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 ulterioare, care își încetează valabilitatea la data de 31 martie 2020.

În actul normativ anterior menționat, termenul de aplicare a unor reglementări este prorogat până la data de 31 martie 2020.

- Derularea programelor naționale de sănătate se realizează în baza prevederilor H.G. nr. 155/2017, privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare, și a normelor tehnice de aplicare a acestora, care își încetează valabilitatea la data de 31 martie 2020.

2. Schimbări preconizate

Prin reglementările proiectului de hotărâre sunt puse în aplicare dispozițiile Decretului nr. 195/2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României, precum și o serie de măsuri care au în vedere limitarea infectării cu coronavirusul SARS-CoV-2 în rândul populației, având în vedere evoluția situației epidemiologice pe teritoriul României și faptul că neluarea unor măsuri urgente ar avea un impact deosebit de grav asupra dreptului la sănătate și la viață al persoanelor.

Astfel:

1. Prolungirea aplicabilității unor acte normative, respectiv:

- H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, cu modificările ulterioare,

- H.G. nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare, până la data de 14 aprilie 2020.

2. Prorogarea termenului de 31 martie 2020 prevăzut de H.G. nr. 140/2018, cu modificările ulterioare, în forma actuală pentru aplicarea unor reglementări, până la data de 14 aprilie 2020. Astfel, până la data de 14 aprilie 2020, asiguratul are posibilitatea de a se prezenta la furnizorii de medicamente și de investigații paraclinice 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 medicamente și investigații medicale paraclinice necesare.

3. Prin reglementările art. 3 din proiectul de hotărâre, se asigură cadrul legal pentru decontarea serviciilor medicale, medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, dispozitivelor și tehnologiilor asistive, inclusiv a celor care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative, contractate pentru perioada 1 -14 aprilie 2020, precum și pentru

finanțarea cheltuielilor efectuate de unitățile de specialitate pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică din bugetul alocat cu această destinație, în cadrul bugetului Ministerului Sănătății.

4. Măsuri pentru pacienți:

- serviciile medicale și medicamentele necesare pentru identificarea, diagnosticul și tratarea cazurilor cu COVID 19 și complicațiile acestora se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României, pe toată perioada stării de urgență și se suportă din bugetul Ministerului Sănătății și bugetul Fondului național unic al asigurărilor sociale de sănătate, după caz;

- termenul de valabilitate de la data prescrierii biletelor de trimitere pentru specialități clinice și a biletelor de trimitere pentru specialități paraclinice, aflate în termen de valabilitate în perioada stării de urgență, precum și a biletelor de trimitere care își pierd valabilitatea în perioada stării de urgență, precum și a celor emise pe perioada stării de urgență, se prelungește cu 90 de zile;

- perioada de valabilitate a prescripției medicale pentru dispozitive medicale și tehnologii și dispozitive asistive - până când aceasta poate fi depusă/transmisă la casa de asigurări de sănătate se prelungește cu 90 de zile;

- termenul de valabilitate pentru deciziile aflate în termen de valabilitate în perioada stării de urgență, a deciziilor care își pierd valabilitatea în perioada stării de urgență, precum și a celor emise pe perioada stării de urgență, se prelungește cu 90 de zile. Fac excepție deciziile de aprobare dispozitive medicale emise pentru 12 luni consecutive, pentru care termenul de valabilitate al deciziei se prelungește cu 90 de zile – pentru deciziile care pe perioada stării de urgență își pierd valabilitatea sau care mai sunt în termen de valabilitate 3 luni de la data declarării stării de urgență;

- termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru efectuarea investigației PET-CT, pentru deciziile aflate în termen de valabilitate în perioada stării de urgență, a deciziilor care își pierd valabilitatea în perioada stării de urgență, precum și a celor emise pe perioada stării de urgență, se prelungește până la 90 de zile.

- pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat sau de către un membru al familiei/reprezentant 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 și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloace electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților;

- s-a exceptat prezentarea cardului național de sănătate/ adevărîței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru persoanele care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) și alin. (1¹) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare - pentru acordarea serviciilor medicale, îngrijirilor la domiciliu, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive;

- pentru pacienții cu boli cronice cu schemă stabilă de tratament, medicii de familie pot elibera prescripție medicală în continuare, fără a mai fi necesară o nouă reevaluare a medicului specialist, respectiv fără a mai fi necesară reînnoirea scrisorii medicale inițiale.

- pentru medicamentele notate cu * din Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, medicul de familie poate iniția tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emisă de medicul din ambulatoriul de specialitate /spital;

- pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă pentru care medicamentele la momentul actual, sunt prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în H.G. nr.720/2008, cu modificările și completările ulterioare și în Ordinul nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum și cost- volum-rezultat care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, medicul de familie poate emite prescripție medicală pentru aceste medicamente în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului - scrisoare medicală și/sau a confirmării înregistrării formularului specific de prescriere.

Fac excepție de la prevederile menționate anterior, medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate publică și curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi.

Formele farmaceutice cu administrare orală, precum și formele farmaceutice cu administrare

subcutanată/intramusculară ale medicamentelor prescrise de medicul de specialitate, utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate publică și curative - cu excepția Programului național de sănătate mintală - care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi, pot fi eliberate și unei persoane care ridică medicamentele în numele bolnavului, urmare a evaluării bolnavului de medicul de specialitate din spital prin orice mijloace de comunicare.

Materialele sanitare consumabile utilizate în cadrul Programului național de diabet zaharat și Programului național de tratament pentru boli rare – epidermoliză buloasă, care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare pot fi eliberate și unei persoane care ridică materialele sanitare consumabile în numele bolnavului, sau pot fi transmise la domiciliul bolnavului în situația în care unitatea sanitară are această posibilitate.

- pentru medicamentele fără interferon ce fac obiectul contractelor cost volum rezultat prescrierea se realizează astfel:

a. pentru pacienții care au domiciliul în județul în care se derulează contractele cost volum rezultat, în situația în care medicul de specialitate se afla în imposibilitatea obiectivă de a emite prescripția medicală, prescrierea medicamentelor se poate face și de către medicul de familie pe lista caruia este înscris pacientul, în baza scrisorii medicale și/sau a confirmării înregistrării formularului specific de prescriere.

b. Pentru pacienții care au domiciliul într-un județ în care nu se derulează contractele cost volum rezultat, prescrierea medicamentelor se face după cum urmează:

b1. Pentru pacientul adult prescrierea se face în continuare doar de medicul de specialitate gastroenterologie sau boli infecțioase aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul nr.1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

b2. Pentru pacientul adolescent cu vârsta cuprinsă între 12 și <18 ani, prescrierea se face în continuare doar de medicul de specialitate pediatrie cu supraspecializare/competență/atestat în gastroenterologie pediatrică, medicii de specialitate gastroenterologie pediatrică și medicii de specialitate boli infecțioase aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul nr.1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

- pentru pacienții cu boli cronice aflați în tratament cu medicamente notate cu (**), (**¹) și (**¹Ω) în Lista de medicamente aprobată prin HG nr 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, pentru care, în vederea continuării tratamentului specific sunt necesare evaluări medicale periodice, conform protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul nr. 1301/500/2008 cu modificările și completările ulterioare, și evaluările sunt programate în perioada stării de urgență, aceste medicamente pot fi prescrise în continuare în baza ultimei evaluări medicale care își prelungește valabilitatea pentru încă 3 luni.

- pentru medicamentele notate cu (**1) și (**1Ω), medicul care continuă prescrierea în condițiile menționate la punctul 5 va completa și va valida în PIAS formularul specific în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr 141/2017 cu modificările și completările ulterioare;

- medicii de familie și medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală și în situația în care pacientul cu o boală cronică stabilizată nu poate fi prezent la cabinet, prescrierea nefiind o consecință a actului medical propriu conform reglementărilor legale în vigoare. Prescripția electronică online emisă în aceste condiții poate fi transmisă pacientului și prin mijloace de comunicare electronică.

5. Măsuri pentru furnizori:

- documentele eliberate de autoritățile publice care expiră pe perioada stării de urgență, care se solicită de casele de asigurări de sănătate la încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, și care expiră pe perioada stării de urgență, își mențin valabilitatea;

- nu mai este necesară transmiterea în platforma informatică a asigurărilor de sănătate (PIAS) a serviciilor medicale și a serviciilor de îngrijiri la domiciliu înregistrate off-line, precum și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, eliberate off-line, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării acestora;

- în vederea asigurării managementului pacienților simptomatici de către medicii de familie, pe perioada stării de urgență, în asistența medicală primară se instituie consultația la distanță pentru afecțiuni respiratorii acute, subacute sau alte manifestări clinice sugestive pentru infecția cu coronavirus, care poate fi realizată prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră. Medicul

de familie va consemna consultațiile medicale la distanță în fișa pacientului și registrul de consultații, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate. Dacă în urma consultației la distanță, medicul ia decizia unui consult la cabinet/domiciliu, acesta este obligat să organizeze acordarea consultației în condiții de siguranță epidemiologică;

- 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 maxim 8 consultații pe oră/medic (în prezent 4 consultații/oră), pentru perioada pentru care este instituită starea de urgență, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice;

- pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă și care fac obiectul strategiei de combatere a epidemiei cu coronavirus în România:

- o suma contractată pentru luna martie 2020, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate; reglementarea este aplicabilă și pentru luna aprilie pentru care este instituită starea de urgență;

- o sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul FNUASS, se realizează la nivelul valorii de contract sau la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate dacă nivelul cheltuielilor efectiv realizate este mai mare decât valoarea de contract, după încheierea lunii; reglementarea este aplicabilă și pentru luna aprilie pentru care este instituită starea de urgență;

- pentru secțiile/compartimentele de acuți din unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele care fac obiectul strategiei de combatere a epidemiei cu coronavirus în România:

- o suma contractată pentru luna martie 2020, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate aferente activității desfășurate în aceste structuri, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate; reglementarea este aplicabilă și pentru luna aprilie pentru care este instituită starea de urgență;

- o sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul FNUASS, pentru secțiile/compartimentele de acuți, se realizează la nivelul valorii de contract sau la nivelul activității realizate, în condițiile în care aceasta depășește nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii; reglementarea este aplicabilă și pentru luna aprilie pentru care este instituită starea de urgență;

- casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești.

- pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, inclusiv cele balneare, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se realizează la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de zile de spitalizare realizat.

- pentru perioada în care este instituită starea de urgență aferentă lunii aprilie, pentru sanatoriile balneare precum și secțiile sanatoriale balneare din spitale, cu activitate suspendată în condițiile Ordonanței militare nr.1/2020, se aplică prevederile legale în vigoare privind suspendarea activității;

Această reglementare se aplică și pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, în situația în care nu se desfășoară activitate în această perioadă.

- pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, care desfășoară activitate în perioada aferentă lunii aprilie pentru care este instituită starea de urgență - se încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată conform reglementărilor legale în vigoare, iar decontarea se face la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de zile de spitalizare realizat.

- pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi și pentru secțiile/compartimentele de cronici, sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul FNUASS, se realizează la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de cazuri/servicii/zile de spitalizare realizate; reglementarea este aplicabilă și pentru luna aprilie pentru care este instituită starea de urgență;

- pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate, sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu aceștia pe perioada stării de urgență se pot suplimenta pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu Covid-19 după externarea din spital - pentru care furnizorii vor ține evidențe distincte, prin

- încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.
- Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu Covid-19, după externare din spital, în regim ambulatoriu, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru ”monitorizare pacient Covid-19”.
- pentru unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe perioada pentru care este instituită starea de urgență, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.
 - furnizorii de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală și de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, inclusiv cei care derulează programe naționale cu scop curativ, care pe perioada stării de urgență își suspendă activitatea pentru care are încheiat contract, anunță casele de asigurări de sănătate cu privire la această situație. Casele de asigurări de sănătate vor suspenda contractele, relațiile contractuale putând fi reluate la solicitarea furnizorilor după încetarea stării de urgență.
 - de asemenea, conform prevederilor art. 23 din anexa nr. 2 Decretul nr. 195/2020 pentru instituirea stării de urgență pe teritoriul României s-a creat baza legislativă ca pentru unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate publică sumele angajate să nu fie limitate la cele aprobate pentru trimestrul I al anului 2020, finanțarea urmând a se realiza la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, pentru care unitățile vor depune documente justificative. În cazul unităților de specialitate care realizează activități în cadrul programelor naționale de sănătate publică în baza relațiilor contractuale încheiate cu direcțiile de sănătate publică, finanțarea cheltuielilor înregistrate peste valoarea de contract se realizează în condițiile încheierii unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii;
 - totodată, se propune organizarea de către unitățile de specialitate care implementează Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare a unor evidențe distincte a sumelor alocate în cadrul Programului național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare pentru testarea RT-PCR necesară diagnosticului de Sindrom respirator sever acut determinat de noul coronavirus (COVID 19);
 - pentru unitățile de specialitate care implementează programe de sănătate curative, sumele angajate nu vor fi limitate la cele aprobate pentru trimestrul I al anului 2020. Sumele contractate pentru luna martie 2020, pot fi suplimentate la solicitarea unităților de specialitate, pe baza documentelor justificative, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

6. Alte reglementări:

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

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, dispozitivelor și tehnologiilor asistive, destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, inclusiv a celor care fac obiectul programelor naționale de sănătate
--	---

4. Impactul asupra mediului (***)	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
-----------------------------------	---

5. Alte informații	Nu sunt
--------------------	---------

SECȚIUNEA A 4-A
IMPACTUL FINANCIAR ASUPRA BUGETULUI GENERAL CONSOLIDAT, ATÂT PE
TERMEN SCURT, PENTRU ANUL CURENT, CÂT ȘI PE TERMEN LUNG (PE 5 ANI)
- mil lei -

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2					7
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) impozit pe profit (ii) impozit pe venit b) bugete locale: (i) impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuții de asigurări	Nu este cazul					
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) venituri proprii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii	Nu este cazul					
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
7. Alte informații	Prin decretul președintelui României nr.195/2020 pentru instituirea stării de urgență pe teritoriul României, s-a reglementat faptul că pentru servicii medicale, medicamente, investigații paraclinice acordate în perioada stării de urgență, sumele angajate nu vor fi limitate la cele aprobate pentru trimestrul I al anului 2020, urmând ca prin rectificare bugetară să se suplimenteze fondurile necesare trimestrului I, cât și pentru întreg anul 2020, pentru domeniile de asistență medicală afectate de situația de urgență. Influențele financiare determinate de creșterile salariale pentru personalul medical și nemedical din unitățile sanitare publice și cele care au ca asociat unic unitățile administrativ					

	teritoriale, inclusiv cele prevăzute de art. 45 din Legea bugetului de stat nr.5/2020, se suportă pe perioada stării de urgență din bugetul FNUASS – Titlul VI – Transferuri între unități ale administrației publice.
SECȚIUNEA A 5-A EFECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE	
1. Măsuri 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	<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 ulterioare - H.G. nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, cu modificările ulterioare - Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017 privind aprobarea Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare; - Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare.
b) Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	
1 ¹ . Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
5. Evaluarea conformității:	Nu este cazul

Denumirea actului sau documentului comunitar, numarul, data adoptarii si data publicarii	Gradul de conformitate (se conformeaza / nu se conformeaza)	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		
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice	Nu este cazul	
3. Alte informații		
SECȚIUNEA A 8-A MĂSURI DE IMPLEMENTARE		
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.	
2. Alte informații	Nu sunt.	

Față de cele prezentate a fost elaborat prezentul proiect de Hotărâre pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății, prelungirea și prorogarea unor termene, și pentru reglementarea unor măsuri pe perioada instituirii stării de urgență pe teritoriul României, pe care vă rugăm să-l aprobați.

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

**Ministrul sănătății,
Victor Sebastian COSTACHE**

Avizăm favorabil:

**Viceprim-ministru
Raluca TURCAN**

**Ministrul finanțelor publice
Vasile Florin CÎȚU**

**Ministrul justiției
Marian Cătălin PREDOIU**

GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății, prelungirea și prorogarea unor termene, și pentru reglementarea unor măsuri pe perioada instituirii stării de urgență pe teritoriul României

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și a Decretului privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României nr. 195/2020,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. Pe perioada stării de urgență se prelungește până la data de 14 aprilie 2020, 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 ulterioare.

Art. 2. Pe perioada stării de urgență se prelungește până la data de 14 aprilie 2020 termenul de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările ulterioare.

Art. 3. (1) Decontarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, inclusiv a celor care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative, 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 2020.

(2) Finanțarea cheltuielilor efectuate de unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate publică se va face din sumele alocate cu această destinație din bugetul Ministerului Sănătății pe anul 2020.

Art. 4. Termenele prevăzute la art. 7 lit. h), art. 24 lit. w), art. 42 lit. x), art. 59 lit. Ț), art. 72 alin. (6) partea introductivă, alin. (7), (10) și (13), art. 74 lit. n), art. 76 lit. m), 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, cu modificările ulterioare, se prorogă până la data de 14 aprilie 2020.

Art. 5. Serviciile medicale și medicamentele necesare pentru identificarea, diagnosticul și tratarea cazurilor cu COVID 19 și complicațiile acestora se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României, pe toată perioada stării de urgență și se suportă din bugetul Ministerului Sănătății și bugetul Fondului național unic al asigurărilor sociale de sănătate, după caz.

Art. 6. (1) Pe perioada stării de urgență se suspendă prevederile din actele normative prevăzute la art. 1 și art. 2 cu privire la:

1. acordarea serviciilor medicale, îngrijirilor la domiciliu, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate/adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru persoanele care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) și alin. (1¹) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul;

2. obligația transmiterii în platforma informatică a asigurărilor de sănătate (PIAS) a serviciilor medicale și a serviciilor de îngrijiri la domiciliu înregistrate off-line, precum și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, eliberate off-line, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării acestora.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) pct. 1 și 2, toate reglementările incidente, inclusiv cele privind validarea și decontarea serviciilor, precum și cele privind sancțiunile aplicabile, nu produc efecte.

(3) Prin derogare de la reglementările actelor normative prevăzute la art. 1 și art. 2, pe perioada stării de urgență:

1. Pentru pacienții cu boli cronice cu schemă stabilă de tratament, medicii de familie pot elibera prescripție medicală în continuare, fără a mai fi necesară o nouă reevaluare a medicului specialist, respectiv fără a mai fi necesară reînnoirea scrisorii medicale inițiale. Pentru medicamentele notate cu * din Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, medicul de familie poate iniția tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emisă de medicul din ambulatoriul de specialitate /spital.

2. Pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă pentru care medicamentele la momentul actual, sunt prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în H.G. nr.720/2008, cu modificările și completările ulterioare și în Ordinul nr. 1301/500/2008 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, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum și cost- volum-rezultat care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, medicul de familie poate emite prescripție medicală pentru aceste medicamente în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului - scrisoare medicală și/sau a confirmării înregistrării formularului specific de prescriere.

3. Fac excepție de la prevederile menționate la punctul 2 medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate publică și curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi.

Formele farmaceutice cu administrare orală, precum și formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară ale medicamentelor prescrise de medicul de specialitate, utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate publică și curative - cu excepția Programului național de sănătate mintală - care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi, pot fi eliberate și unei persoane care ridică medicamentele în numele bolnavului, urmare a evaluării bolnavului de medicul de specialitate din spital prin orice mijloace de comunicare.

Materialele sanitare consumabile utilizate în cadrul Programului național de diabet zaharat și Programului național de tratament pentru boli rare – epidermoliză buloasă, care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare pot fi eliberate și unei persoane care ridică materialele sanitare consumabile în

numele bolnavului, sau pot fi transmise la domiciliul bolnavului în situația în care unitatea sanitară are această posibilitate.

4. Pentru medicamentele fără interferon ce fac obiectul contractelor cost volum rezultat prescrierea se realizează astfel:

a. Pentru pacienții care au domiciliul în județul în care se derulează contractele cost volum rezultat, în situația în care medicul de specialitate se afla în imposibilitatea obiectivă de a emite prescripția medicală, prescrierea medicamentelor se poate face și de către medicul de familie pe lista caruia este înscris pacientul, în baza scrisorii medicale și/sau a confirmării înregistrării formularului specific de prescriere.

b. Pentru pacienții care au domiciliul într-un județ în care nu se derulează contractele cost volum rezultat, prescrierea medicamentelor se face după cum urmează:

b1. Pentru pacientul adult prescrierea se face în continuare doar de medicul de specialitate gastroenterologie sau boli infecțioase aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul nr.1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

b2. Pentru pacientul adolescent cu vârsta cuprinsă între 12 și <18 ani, prescrierea se face în continuare doar de medicul de specialitate pediatrie cu supraspecializare/competență/atestat în gastroenterologie pediatrică, medicii de specialitate gastroenterologie pediatrică și medicii de specialitate boli infecțioase aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul nr.1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

5. Pentru pacienții cu boli cronice aflați în tratament cu medicamente notate cu (**), (**¹) și (**¹Ω) în Lista de medicamente aprobată prin HG nr 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, pentru care, în vederea continuării tratamentului specific sunt necesare evaluări medicale periodice, conform protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul nr. 1301/500/2008 cu modificările și completările ulterioare, și evaluările sunt programate în perioada stării de urgență, aceste medicamente pot fi prescrise în continuare în baza ultimei evaluări medicale care își prelungește valabilitatea pentru încă 3 luni.

6. Pentru medicamentele notate cu (**¹) și (**¹Ω), medicul care continuă prescrierea în condițiile menționate la punctul 5 va completa și va valida în PIAS formularul specific în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr 141/2017 cu modificările și completările ulterioare.

7. Medicii de familie și medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală și în situația în care pacientul cu o boală cronică stabilizată nu poate fi prezent la cabinet, prescrierea nefiind o consecință a actului medical propriu conform reglementărilor legale în vigoare. Prescripția electronică online emisă în aceste condiții poate fi transmisă pacientului și prin mijloace de comunicare electronică.

Art. 7. (1) Termenul de valabilitate de la data prescrierii biletelor de trimitere pentru specialități clinice și a biletelor de trimitere pentru specialități paraclinice, aflate în termen de valabilitate în perioada stării de urgență, precum și a biletelor de trimitere care își pierd valabilitatea în perioada stării de urgență, precum și a celor emise pe perioada stării de urgență, se prelungește cu 90 de zile.

(2) Perioada de valabilitate a prescripției medicale pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive - până când aceasta poate fi depusă/transmisă la casa de asigurări de sănătate se prelungește cu 90 de zile.

Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, pentru deciziile aflate în termen de valabilitate în perioada stării de urgență, a deciziilor care își pierd valabilitatea în perioada stării de urgență, precum și a celor emise pe perioada stării de urgență, se prelungește cu 90 de zile. Fac excepție deciziile de aprobare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive emise pentru 12 luni consecutive, pentru care termenul de valabilitate al deciziei se prelungește cu 90 de zile – pentru deciziile care pe perioada stării de urgență își pierd valabilitatea sau care mai sunt în termen de valabilitate 3 luni de la data declarării stării de urgență.

(3) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru efectuarea investigației PET-CT, pentru deciziile aflate în termen de valabilitate în perioada stării de urgență, a deciziilor care își pierd valabilitatea în perioada stării de urgență, precum și a celor emise pe perioada stării de urgență, se prelungește până la 90 de zile.

Art. 8. (1) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă și care fac obiectul strategiei de combatere a epidemiei cu coronavirus în România, suma contractată pentru luna martie 2020, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(2) Pentru secțiile/compartimentele de acuți din unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la alin. (1), suma contractată pentru luna martie 2020, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate aferente activității desfășurate în aceste structuri, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(3) Prevederile alin. (1) – (2) sunt aplicabile și pentru luna aprilie pentru care este instituită starea de urgență.

(4) Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești.

Art. 9. (1) Pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, inclusiv cele balneare, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se realizează la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de zile de spitalizare realizat.

(2) Pentru perioada în care este instituită starea de urgență aferentă lunii aprilie, pentru sanatoriile balneare precum și secțiile sanatoriale balneare din spitale, cu activitate suspendată în condițiile Ordonanței militare nr.1/2020, se aplică prevederile legale în vigoare privind suspendarea activității.

(3) Pentru perioada în care este instituită starea de urgență aferentă lunii aprilie, pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se fac aplicabile prevederile alin. (2), în situația în care nu se desfășoară activitate în această perioadă.

(4) Sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, care desfășoară activitate în perioada aferentă lunii aprilie pentru care este instituită starea de urgență, încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată conform reglementărilor legale în vigoare, iar decontarea se face la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de zile de spitalizare realizat.

Art. 10. (1) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă și care fac obiectul strategiei de combatere a epidemiei cu coronavirus în România, sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se realizează la nivelul valorii de contract sau la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate dacă nivelul cheltuielilor efectiv realizate este mai mare decât valoarea de contract, după încheierea lunii.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la alin. (1), sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru secțiile/compartimentele de acuți, se realizează la nivelul valorii de contract sau la nivelul activității realizate, în condițiile în care aceasta depășește nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi și pentru secțiile/compartimentele de cronici, se realizează la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de cazuri/servicii/zile de spitalizare realizate.

(4) Prevederile alin. (1) – (3) sunt aplicabile și pentru activitatea desfășurată din luna aprilie pentru care este instituită starea de urgență.

Art. 11. (1) Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate pe perioada stării de urgență se pot suplimenta pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu Covid-19 după externarea din spital - pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(2) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu Covid-19, după externare din spital, în regim ambulatoriu, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru "monitorizare pacient Covid-19".

(3) Pentru sumele alocate pentru testarea RT-PCR necesare diagnosticului de Sindrom respirator sever acut determinat de noul coronavirus COVID 19 unitățile de specialitate care implementează Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare vor ține evidențe distincte.

Art. 12. Pentru unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe perioada pentru care este instituită starea de urgență, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

Art. 13. (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 maxim 8 consultații pe oră/medic, pentru perioada pentru care este instituită starea de urgență, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

(2) În vederea asigurării managementului pacienților simptomatici de către medicii de familie, pe perioada stării de urgență, în asistența medicală primară se instituie consultația la distanță pentru afecțiuni respiratorii acute, subacute sau alte manifestări clinice sugestive pentru infecția cu coronavirus, care poate fi realizată prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră menționate la alin.(1).

(3) Medicul de familie va consemna consultațiile medicale la distanță în fișa pacientului și registrul de consultații, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate. Dacă în urma consultației la distanță, medicul ia decizia unui consult la cabinet/domiciliu, acesta este obligat să organizeze acordarea consultației în condiții de siguranță epidemiologică.

Art. 14. Pe perioada stării de urgență, 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 și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloace electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților.

Art. 15. Furnizorii de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală și de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, inclusiv cei care derulează programe naționale cu scop curativ, care pe perioada stării de urgență își suspendă activitatea pentru care are încheiat contract, anunță casele de asigurări de sănătate cu privire la această situație. Casele de asigurări de sănătate vor suspenda contractele, relațiile contractuale putând fi reluate la solicitarea furnizorilor după încetarea stării de urgență.

Art. 16. (1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora acordate în unități sanitare cu paturi, recuperarea cheltuielilor se face în

conformitate cu dispozițiile documentelor internaționale respective, la nivelul tarifelor stabilite pentru cetățenii români asigurați, sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat în cazul furnizorilor de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 10 alin. (2).

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 10 alin. (2) au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

Art. 17 (1) Pentru unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate publică sumele angajate nu vor fi limitate la cele aprobate pentru trimestrul I al anului 2020, finanțarea realizându-se la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, pentru care unitățile vor depune documente justificative. În cazul unităților de specialitate care realizează activități în cadrul programelor naționale de sănătate publică în baza relațiilor contractuale încheiate cu direcțiile de sănătate publică, finanțarea cheltuielilor înregistrate peste valoarea de contract se realizează în condițiile încheierii unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(2) Pentru unitățile de specialitate care implementează programe de sănătate curative, sumele angajate nu vor fi limitate la cele aprobate pentru trimestrul I al anului 2020. Sumele contractate pentru luna martie 2020, pot fi suplimentate la solicitarea unităților de specialitate, pe baza documentelor justificative, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

Art. 18. Documentele eliberate de autoritățile publice care expiră pe perioada stării de urgență, care se solicită de casele de asigurări de sănătate la încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, și care expiră pe perioada stării de urgență, își mențin valabilitatea.

Art. 19. Influențele financiare determinate de creșterile salariale pentru personalul medical și nemedical din unitățile sanitare publice și cele care au ca asociat unic unitățile administrativ teritoriale, inclusiv cele prevăzute de art. 45 din Legea bugetului de stat nr.5/2020, se suportă pe perioada stării de urgență din bugetul FNUASS – Titlul VI – Transferuri între unități ale administrației publice.

Art. 20. Prezenta hotărâre este în vigoare pe durata stării de urgență conform Decretului nr. 195/2020.

În situația în care se prelungeste, prin decret al președintelui României, starea de urgență și măsurile instituite prin Decretul nr. 195/2020, prevederile prezentei hotărâri se prelungesc în mod corespunzător.

**PRIM – MINISTRU
LUDOVIC ORBAN**