**NOTĂ DE FUNDAMENTARE**

**la Hotărârea Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022**

|  |
| --- |
| **Secţiunea 1****Titlul proiectului de act normativ****HOTĂRÂRE**  pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022 |
| **Secţiunea a 2-a****Motivul emiterii actului normativ** În baza dispoziţiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, Contractul-cadru multianual se elaborează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR), Colegiul Farmaciştilor din România (CFR), Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR), Ordinul Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România (OBBCSSR), precum şi în urma consultării cu organizaţiile patronale, sindicale şi profesionale reprezentative din domeniul medical.  Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătăţii şi se aprobă prin hotărâre a Guvernului. |
| **1. Descrierea situaţiei actuale**   În prezent, potrivit dispoziţiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, persoanele asigurate în condiţiile 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 şi până la vindecare. Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătăţii, medicamentele, dispozitivele medicale şi alte servicii la care au dreptul asiguraţii. Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat au dreptul la un pachet de servicii minimal care cuprinde servicii medicale ce se acordă numai în cazul urgenţelor medico-chirurgicale şi al bolilor cu potenţial endemoepidemic, monitorizarea evoluţiei sarcinii şi a lehuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenţie.  Pachetul minimal şi pachetul de bază cuprind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale, tehnologiile şi 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 asistenţa medicală primară:

- consultația pentru urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere se acordă la domiciliu.* În **Pachetul de servicii de bază**:

**1.** ***În asistenţa medicală primară***:- la activităţi de suport – au fost evidenţiate distinct: recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și recomandarea pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară; - consultația pentru urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere se acordă la domiciliu;* în categoria serviciilor adiţionale, pe lângă cele care pot fi acordate de medicul de familie în baza unui act adiţional încheiat cu casa de asigurări de sănătate - din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, au fost introduse şi servicii adiţionale 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; condiţiile de acordare şi punctajele aferente vor fi prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru;

- s-a prevăzut posibilitatea acordării la distanţă a consultaţiilor pentru afecţiuni cronice, precum şi a consultaţiilor pentru bolile cu potenţial endemoepidemic care necesită izolare.**2. *În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice*****-** s-a introdus o nouă poziție în cadrulServiciilor diagnostice şi 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 distanţă a consultaţiilor pentru afecţiuni cronice, a terapiilor psihiatrice, a serviciilor conexe actului medical furnizate de psiholog şi logoped, precum şi a consultaţiilor pentru bolile cu potenţial endemoepidemic care necesită izolare; pentru consultaţiile acordate la distanţă 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 şi cu medicii de specialitate cu anumite specialităţi 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 şi coerenţă;*

- 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 şi 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 - *pentru uniformitate și coerența actului normativ,* *deoarece serviciile de kinetoterapie pot fi acordate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate de această categorie profesională.*

**Condiţii de contractare:**Faţă de perioada anterioară, furnizorii exceptaţi de la obligativitatea acreditării, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, care optează să parcurgă voluntar procesul de acreditare, pot intra în relaţie contractuală în baza acreditării fără a mai avea obligaţia evaluării.Totodată, au fost introduse condiţii de suspendare / reziliere a contractelor pentru situaţiile  în care a încetat valabilitatea acreditării sau acreditarea/înscrierea în procesul de acreditare au fost revocate /retrase /anulate  de către autoritatea competentă. * **Reducerea birocraţiei:**
1. ***Instrumente simplificate în procesul de contractare***:

Eliminarea unor documente la contractare, respectiv:* *La asistenţa medicală primară*:

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;- programul de lucru al medicilor cu liste proprii de asiguraţi, precum şi numărul de ore pe zi pentru medicii angajaţi în cabinete medicale individuale şi pentru personalul medico-sanitar.* *La asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice*:
* copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
* copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar, inclusiv personalul autorizat de Ministerul Sănătăţii care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, îşi exercită profesia la furnizor;
* programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar;
* actele doveditoare care să conţină: 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 şi tipul serviciilor conform prevederilor din norme;
* certificat de competenţă - pentru medicii care încheie acte adiţionale pentru servicii medicale paraclinice, după caz;
* documentul prin care se atestă competenţa de îngrijiri paliative.
* *La asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare*:
* programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar;
* lista personalului medico-sanitar care îşi exercită profesia la furnizor şi programul de lucru al acestuia;
* copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
* documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
* copie a actului de identitate pentru medici şi asistenţii medicali.
* *La medicina dentară:*
* documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentişti;
* copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
* programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor.
* *La asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice*:

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimişti, biochimişti;- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;- programul personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;- declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate.* *La asistenţa medicală spitalicească*:
* lista afecţiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate şi tratate în ambulatoriu/spitalizare de zi şi care impun internarea în regim de spitalizare continuă, prezentată de fiecare furnizor în format electronic;
* lista investigaţiilor paraclinice care nu pot fi efectuate în ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor şi care impun internarea pentru spitalizarea de zi, prezentată de fiecare furnizor în format electronic;
* nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari, numiţi prin ordin al ministrului sănătăţii, în cazul spitalelor publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii, sau, în cazul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, prin act administrativ al instituţiilor respective;
* copie de pe actul doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
* declaraţie pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică criteriile de internare pentru lista de afecţiuni care nu pot fi tratate în ambulatoriu și necesită spitalizare - prevăzută mai sus, precum şi că asigură managementul listei de aşteptare pentru internările programabile, conform nivelului de competenţă al spitalului;
* declaraţie 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 îşi exercită profesia la furnizor;- copie a actului de identitate pentru medici şi asistenţii medicali;- programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară 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 îşi exercită profesia la furnizor;- copie a actului de identitate pentru medici şi asistenţii medicali;- programul de activitate al medicilor, al personalului care furnizează servicii conexe actului medical şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.* *La asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi*

*preventorii:*- nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari, numiţi prin ordin al ministrului sănătăţii, în cazul spitalelor publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii, sau, în cazul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, prin act administrativ al instituţiilor respective, după caz;* *La medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:*
* dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;
* durata timpului de lucru a acestuia (număr de ore/zi şi număr de ore/săptămână) pentru personalul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
* prescripţiile medicale off-line nu se mai depun la casele de asigurări de sănătate, acestea se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia, similar cu prescripţiile medicale online.
* *La dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu:*

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;  - copie de pe buletin/cartea de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului şi datele de contact ale acestuia. * *La nivelul tuturor segmentelor de asistenţă 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 îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia; lista cuprinde informații necesare încheierii contractului.
* Furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive care sunt evaluaţi vor depune dovada de evaluare la contractare, numai dacă au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală.
1. ***Obligaţii case de asigurări de sănătate – abrogate/modificate faţă de reglementările în vigoare:***
* A fost modificată obligaţia caselor de asigurări de sănătate de a deconta pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistenţă medicală gratuită suportată din Fond, în condiţiile 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 şi suma aferentă contribuţiei personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligaţie de plată pentru asigurat, exceptându-se de la această obligaţie plata contribuţiei personale a asiguraţilor care optează să beneficieze de unele servicii medicale în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate şi ambulatoriu paraclinic de specialitate acordate de furnizorii privaţi care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, prevăzuţi la art. 230 alin. (21) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.
* La nivelul asistenţei medicale primare a fost eliminată obligaţia CAS de a ţine evidenţa distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcţie de casele de asigurări de sănătate la care aceştia se află în evidenţă, deoarece aceste informaţii se regăsesc în PIAS.
* La nivelul asistenței medicale spitalicești a fost eliminată obligația CAS de a ţine evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă acesta, deoarece aceste informaţii se regăsesc în PIAS.
* La capitolul pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, au fost eliminate obligaţiile CAS:
1. de a urmări lunar, în cadrul aceleiaşi DCI, raportul dintre consumul de medicamente al căror preţ pe unitate terapeutică/preţ de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu preţul de referinţă şi total consum medicamente;
2. de a aduce la cunoştinţa furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situaţia fondurilor lunare aprobate şi a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârşitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor.
3. ***Obligaţii ale furnizorilor***
* în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere ale dispozitivelor medicale tehnologilor şi dispozitivelor asistive de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive nu vor mai transmite *certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive emise de Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz,* ci o declaraţie pe propria răspundere conform căreia toate dispozitivele medicale, tehnologiile şi dispozitivele asistive pentru care se transmit preţurile de vânzare cu amănuntul/ sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare emise de organizaţiile/organismele anterior menţionate identificate în declaraţie cu numerele de înregistrare aferente acestor documente, pentru fiecare dispozitiv medical, tehnologie, dispozitiv asistiv.
* a fost eliminată obligaţia furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară de a organiza la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni 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 şi asiguraţii pentru care se face management de caz pentru afecţiunile prevăzute în norme.
* **Drepturi ale furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară**

Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an - *Până în prezent, medicii de familie aveau dreptul la o perioadă de vacanţă 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 continua acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG.
* **Drepturi ale furnizorilor de servicii medicale şi 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 naţional 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 sănătăţii nr. 444/2019pentru aprobarea Normelor privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea unităţilor farmaceutice, cu modificările și completările ulterioare.* **Obligaţii noi ale caselor de asigurări de sănătate**
* să afişeze lunar/trimestrial pe pagina web proprie sumele decontate din Fond conform contractelor încheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi dispozitivele medicale, tehnologiile şi 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 transmită 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 prescriptori 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 direcţiile de sănătate publică, trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive, întâlniri cu furnizorii, pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare; anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii.
* **Disciplină contractuală**

***I.* *Pentru îmbunătățirea gestionării eficiente a FNUASS****:*1. La domeniul de asistență ”consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat” - s-a precizat că trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în norme.2. La îngrijiri medicale la domiciliu și la îngrijiri paliative la domiciliu - s-a precizat că suma contractată se regularizează în condiţiile 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 spitaliceşti*, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs.Diferenţa de 6% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează astfel:a) 5% pentru situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti;b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce priveşte comorbiditatea şi numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secţiilor/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 prescripţiilor 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 situaţii;- începând cu a doua constatare, reţinerea 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 prescripţiile 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 reţinerea 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.
1. *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 funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate precum și de a actualiza lunar lista proprie în funcţie de informațiile preluate din SIUI - *pentru conformitate cu realitatea;*

- a fost reformulată obligația de a recomanda dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, ca urmare a actului medical propriu precum și de a recomanda cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate - *pentru corelare cu pachetul de servicii medicale de bază.*1. *La furnizorii de servicii medicale spitaliceşti:*

Sancțiunile aplicate spitalelor au fost revizuite astfel încât reţinerea sumelor calculate să se facă prin aplicarea procentelor raportate la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/ serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea anumitor obligaţii.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 situaţia în care se constată neconcordanţe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată şi 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 situaţie. Această sancțiune se aplică pentru nerespectarea obligațiilor legate de informare, respectarea programului de lucru, afişarea pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătăţii, a situației privind execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului public şi situaţia arieratelor înregistrate, decontarea, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terţii, a contravalorii medicamentelor pentru nevoi speciale, asigurarea transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi, asigurarea transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi.**5.** *La furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi 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 şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul şi cantitatea medicamentelor şi materialelor sanitare achiziţionate şi evidenţiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei şi 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 funcţie de obiectivele acțiunii de control, volumul şi data întocmirii documentelorsolicitate.Au fost completate situaţiile în care casa de asigurări de sănătate sesizează instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii 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 şi reclamaţii, condica fiind numerotată de farmacie, cu eliminarea obligației de a fi ştampilată de casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală.A fost completată obligația furnizorilor de a nu elibera medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie care nu sunt incluse în contractul încheiat cu casa de asigurari de sanatate şi/sau excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuţie 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 dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul şi cantitatea medicamentelor şi materialelor sanitare achiziţionate şi evidenţiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei şi 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 cefac 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 contestaţiilor 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 distribuţie a obligaţiei privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum şi în cazul în care se constată eliberarea şi raportarea de medicamente expirate, eliminându-se termenul “trimestrial” legat de reţinerea 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 condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor, prin aplicarea rezilierii corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător - *anterior, rezilierea se aplica la nivel de societate.***7.** *Suspendarea contractelor:** Pentru situaţiile în care se suspendă contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa 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 desfăşurării activităţii furnizorului.

Pentru aceste situații, pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost consumata anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost consumata aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.* Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice, în situația în carecertificatul 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 şi 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 condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora.

***III. Pentru securitatea datelor***Furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să asigure integritatea, confidenţialitatea şi disponibilitatea datelor gestionate în vederea raportării serviciilor medicale efectuate, în conformitate cu legislaţia specifică *(Regulamentul nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter* personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia 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 şi efectuarea controlului***La efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive acordate asiguraţilor în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate s-a precizat calitatea în care pot participa reprezentanţii CMR, CMSR, CFR şi OAMGMAMR, respectiv de experți.**În ceea ce priveşte asigurații, 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 situaţia 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, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale - pentru punerea de acord cu regulamentele europene;- având în vedere specificul activității furnizorilor de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, a fost prevăzută o nouă situație în care asiguratul îşi 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, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti; 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 capitație a acestuia înaintea expirării termenului de 6 luni.2. *Între activităţile 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, funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative*.3. *În asistența medicală primară* - nu mai este prevăzută la condițiile care pot conduce la încetarea contractului situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe listele proprii ale medicului de familie se menţin 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-veniţi într-o localitate din mediul rural, cu deficit din punctul de vedere al existenţei medicilor, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi 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 reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică şi ai colegiilor teritoriale ale medicilor analizează și decide asupra încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate.1. *În asistenţa medicală pentru specialităţile 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 asistenţa medicală pentru specialităţile clinice şi în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică şi 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 secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie 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, şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice - *anterior, această posibilitate exista doar pentru medicii de familie.* 1. *În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică şi 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, şi finalizarea actului medical propriu inclusiv prin eliberarea acestor formulare necesare asiguratului;*
* să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate precum şi 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 spitaliceşti* pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, precum şi despre suma decontată de casa de asigurări de sănătate, informaţii afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil.Contribuţia personală a asiguratului se plăteşte de către asigurat în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări. Contribuția personală reprezintă diferenţa dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea 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 obţinut competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificaţi de Ministerul Sănătăţii și care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialității cât și a competenței. A*nterior, 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 obţinut competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificaţi de Ministerul Sănătăţii care lucrau exclusiv în această activitate şi încheiau contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenţei/atestatului de studii complementare*.Conform noii reglementări, acești medici în baza contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate, vor putea acorda şi raporta atât servicii medicale aferente specialității clinice cât și servicii de îngrijiri paliative, în baza competenţei/atestatului de studii complementare, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi 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 paliație care își desfășoară activitatea la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu pot elibera prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia 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 paliație 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 nelucrativ/denumirii furnizorului, pe parcursul derulării contractului;- reorganizarea furnizorilor cu personalitate juridică aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția celor din asistența medicală primară, prin transferul total sau parţial al activităţii 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, îşi păstrează valabilitatea, cu condiţia 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, îşi păstrează valabilitatea.*13. Dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive în tratamentul ambulatoriu*Deciziile de aprobare pentru dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 iulie 2021, aflate în derulare, îşi păstrează valabilitatea cu condiţia ca dispozitivele medicale, tehnologiile şi dispozitivele asistive recomandate să se regăsească în pachetul de bază.Preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi 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 situaţiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I şi II, soţ/soţie, 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 excepţia reprezentanţilor legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu şi fără contribuţie personală/dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive şi a persoanelor care desfăşoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi şi pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraţilor - s*e 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 şi 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 situaţiile în care pentru anumite specialităţi există localităţi/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 asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, s-a reglementat funcţionarea 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 funcţionau cu minimum un asistent medical/soră medicală, neexistând posibilitatea ca un cabinet de specialitate clinică obstetrică-ginecologie să opteze pentru funcţionarea cu moaşă, în locul asistentului medical/sorei medicale.** **Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea** medicină fizică și de reabilitate **au fost reglementate următoarele aspecte:**

1.Furnizorii care au autorizaţiile 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 adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, în condiţiile stabilite prin norme. 2. Program cabinet - pentru situaţiile în care pentru anumite specialităţi există localităţi/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 prezenţa, 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 şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care îşi desfăşoară 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 spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activităţii medicale cu cel puţin o linie de gardă asigurată la sediul unităţii sanitare cu paturi, organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare. S-a făcut precizarea că, prin raportare incorecta fata de documentele de intrare si ieșire pentru medicamentele eliberate si  raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizație de punere pe piață,   raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătăţii precum si situațiile in care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuata.Lista medicamentelor - denumiri comune internaţionale şi formă farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării pentru afecţiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităţilor din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienţilor internaţi şi 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 continua acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG; informațiile privind valoarea contribuţiei personale sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu 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 şi a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, în condițiile prevăzute în norme, casele de asigurări de sănătate decontează toate prescripţiile medicale acordate pacienţilor pentru care s-a înregistrat rezultat medical eliberate şi raportate în Platforma informatică din asigurările de sănătate**,** cu excepţia celor prevăzute la art. 12 alin. (16) şi (17) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi 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 si 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 concordanţă cu procedura de evaluare a tehnologiilor medicale in baza căreia se emite decizie de includere necondiționata in Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România (CANAMED).*c. S-a făcut precizarea că, prin raportare incorecta fata de documentele de intrare si ieșire pentru medicamentele eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizație de punere pe piață precum si situațiile in care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuata - *pentru aplicarea unitară în acţiunile de control, pentru identificarea corectă a situaţiilor de raportare incorectă fata de documentele de intrare si ieșire pentru medicamentele eliberate şi raportate.*d. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, s-a reglementat faptul că medicii din spital pot prescrie la externarea pacienţilor, medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, aşa cum era reglementat pentru medicii de familie/medicii de specialitate din specialităţile clinice aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, pentru acestea perioada de prescriere menţinându-se de până la 30 - 31 de zile - *pentru menținerea beneficiului în favoarea asiguratului acordat pe perioada stării de alertă* e. În situaţia în care în cadrul aceleiaşi societăţi farmaceutice funcţionează mai multe farmacii cu sediul în acelaşi judeţ, reprezentantul legal al societăţii încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, fără a exista obligaţia ca toate farmaciile din cadrul aceleiaşi societăţi farmaceutice să încheie contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate.* **Pentru domeniul ”dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu” s-a reglementat:**

Furnizorii au dreptul să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în termen de maximum 3zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidenţialităţii 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 relaţie contractuală, precum și numele şi codul de parafă ale medicilor aflați în relație contractuală cu CAS;
* să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate **şi** prin poşta 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 şi/sau prin poşta electronică.*

2. Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraţilor cu privire la alegerea medicului de familie, are obligaţia să anunţe asiguraţii prin afișare la cabinet și prin orice alt mod de comunicaredespre 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 asistenţei medicale paraclinice, contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora şi au competenţa legală necesară, după caz.

4. Obligații furnizori - pentru toți furnizorii de servicii: * să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală.

5. Farmaciile au obligația să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripţiei la momentul eliberării medicamentelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.* **Răspunderea în ceea ce privește corectitudinea datelor**

Datele necesare pentru stabilirea calităţii de asigurat sunt puse la dispoziţia Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, caselor de asigurări de sănătate, potrivit legii, de către autorităţile, instituţiile publice şi alte instituţii - 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 priveşte calitatea, respectiv categoria de asigurat, de la data înregistrării în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepţia datei decesului sau naşterii 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.* **Dispoziţii aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2** *– în aplicarea dispoziţiilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr.20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluţiei situaţiei epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum şi pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situaţiei epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea şi completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educaţiei naţionale nr. 1/2011, precum şi a altor acte normative, pentru modificarea şi completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii şi pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008*
* Numărul maxim de consultaţii acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice este de maximum 5 consultaţii pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultaţii/lună/pacient cu boli cronice.
* Consultaţiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale pot fi acordate şi la distanţă, acestea putând fi acordate atât de medicii de familie, cât şi de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicină fizică şi de reabilitare şi pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 5 consultaţii/oră; se asimilează consultaţiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice.
* Pacienţii simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID-19, beneficiază de consultaţii, inclusiv consultaţii la distanţă ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie şi de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu încadrarea în numărul maxim de 5 consultaţii/oră. De aceste consultaţii beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României.
* Medicul de familie, precum şi medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicul de medicină fizică şi de reabilitare, vor consemna consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi în fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi 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 Naţională de Asigurări de Sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi.
* Pentru unităţile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităţilor sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăşi suma ce poate fi contractată, în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare lunară a fiecărui spital.
* Pentru unităţile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19, prevăzute în Anexa nr. 2 la *Ordinul ministrului sănătăţii nr. 434/2021 privind aprobarea Planului de măsuri pentru organizarea spitalelor şi a unităţilor de dializă în contextul pandemiei de COVID-19 şi a listei spitalelor şi unităţilor de dializă care asigură asistenţa medicală pentru pacienţi, cazuri confirmate şi suspecte de COVID-19,conform clasificării spitalelor în 3 niveluri de competenţă*, cu modificările şi completările ulterioare, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activităţii desfăşurate, prin încheierea unor acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate:
* În cazul creşterii numărului de cazuri COVID-19, care necesită internarea în unităţile sanitare care tratează pacienţi diagnosticaţi cu COVID-19, casele de asigurări de sănătate pot deconta unităţilor sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 prevăzute în Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii nr. 434/2021, cu modificările şi completările ulterioare, activitatea desfăşurată lunar, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situaţia în care acestea depăşesc nivelul contractat, justificat de situaţia epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2.
* Pentru unităţile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 în cursul unui trimestru şi care nu au încheiat în fiecare lună a respectivului trimestru acte adiţionale de suplimentare a valorii de contract, în trimestrul următor decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situaţia în care acestea depăşesc nivelul contractat, pe bază de documente justificative, prin încheiere de acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate.

Pentru aceste cazuri, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluţia situaţiei epidemiologice de la nivel local şi/sau naţional, după caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate iniţial.* Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, activitatea desfăşurată lunar, după cum urmează:
1. la nivelul valorii aferente indicatorilor realizaţi în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;
2. la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situaţia în care valoarea aferentă indicatorilor realizaţi este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;
3. la nivelul indicatorilor realizaţi, fără a depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare lunară a fiecărui spital, dacă se acoperă cheltuiala efectiv realizată.
* Pentru unităţile sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecţiuni cronice casele de asigurări de sănătate decontează activitatea desfăşurată lunar, după cum urmează:
1. la nivelul valorii aferente indicatorilor realizaţi în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;
2. la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situaţia în care valoarea aferentă indicatorilor realizaţi este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate.
* Decontarea lunară pentru unităţile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.
* Unităţile sanitare cu paturi raportează lunar şi trimestrial datele aferente cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate la casele de asigurări de sănătate şi la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti. Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti are obligaţia transmiterii lunar şi trimestrial a datelor/informaţiilor de confirmare clinică şi medicală a activităţii unităţilor sanitare cu paturi, la termenele şi potrivit reglementărilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
* Pentru investigaţiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum şi a pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet, afecţiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiţionale după încheierea lunii în care au fost acordate investigaţiile paraclinice. Pentru aceste investigaţii paraclinice furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ţine evidenţe distincte.
* Din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate se suportă serviciile medicale şi medicamentele necesare pentru tratarea pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 şi a complicaţiilor acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum şi altor persoane aflate pe teritoriul României.
* În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unităţi 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 spitaliceşti au obligaţia să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru aceste servicii, pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi, şi 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 prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS nr. 1.301/500/2008, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic - *termenul are în vedere timpul necesar pentru actualizarea aplicaţiilor 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 stabileşte prin norme;
* sintagma „statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană” a fost înlocuită cu sintagma „statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord”, având în vedere Acordul privind retragerea Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord din Uniunea Europeană şi din Comunitatea Europeană a Energiei Atomice;
* Contractele/Actele adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive, precum și actele adiționale, pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului cât şi de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă/calificată;
* Documentele necesare derulării relaţiei contractuale pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului sau persoana desemnată de acesta, cât şi de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă, şi transmise prin mijloace de comunicare electronică;
* Pentru elevi şi studenţi, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.
 |
| 1. **Alte informaţii** –Nu este cazul.
 |
| **Secţiunea 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 concurenţial şi domeniului ajutoarelor de statProiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 2. Impactul asupra mediului de afaceriProiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 21. Impactul asupra sarcinilor administrativeProiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 22. Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlociiProiectul 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 şi 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 informaţii Nu sunt. |
| **Secţiunea a 4-a****Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât şi pe termen lung (pe 5 ani)**  |
| - în mii lei (RON) - |
| Indicatori | Anul curent | Următorii 4 ani | Media pe 5 ani |
| 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 venitb) bugete locale: (i) impozit pe profitc) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuţii 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 şi serviciib) bugete locale (i) cheltuieli de personal ii) bunuri şi serviciic) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri şi servicii  | Nu este cazul |  |  |  |  |  |
| 3. Impact financiar, plus/minus, din care:a) buget de statb) bugete locale  | Nu este cazul |  |  |  |  |  |
| 4. Propuneri pentru acoperirea creşterii cheltuielilor bugetare  | Nu este cazul |  |  |  |  |  |
| 5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare  | Nu este cazul |  |  |  |  |  |
| 6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor şi/sau cheltuielilor bugetare  | Nu este cazul |  |  |  |  |  |
| 7. Alte informaţii Nu sunt. |
| **Secţiunea a 5-a** **Efectele proiectului de act normativ asupra legislaţiei în vigoare** |
| 1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative in vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării in vigoare a proiectului de act normativ):*a) Acte normative care se modifica sau se abroga ca urmare a intrării in vigoare a proiectului de act normativ** H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, cu modificările şi completările ulterioare – *se abrogă;*
* Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui 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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, cu modificările şi completările ulterioare – *se abrogă;*
* Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS nr. 399/834/2018 privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019 – *se abrogă;*
* Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS nr. 400/833/2018 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare şi funcţionare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019 – se abrogă;
* Ordinul preşedintelui CNAS nr. 881/2018 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale şi medicamente - formulare unice pe ţară, fără regim special – *se abrogă;*
* Ordinul preşedintelui CNAS nr. 1081/2018 pentru aprobarea metodologiei de stabilire a preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor şi tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate – *se abrogă;*
* Ordinul preşedintelui CNAS nr. 840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi, precum şi a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea - *se abrogă;*

*b) Acte normative ce urmează a fi elaborate in vederea implementării noilor dispoziții* * Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;
* Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;
* Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare şi funcţionare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;
* Ordinul preşedintelui CNAS pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activităţii realizate de către furnizorii de servicii medicale şi medicamente - formulare unice pe ţară, fără regim special;
* Ordinul preşedintelui CNAS pentru aprobarea metodologiei de stabilire a preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor şi tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
* Ordinul preşedintelui CNAS privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi, precum şi a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea.
 |
| 11.**Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislaţia în domeniul achiziţiilor publice**Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 2. **Conformitatea proiectului de act normativ cu legislaţia 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 Curţii de Justiţie a Uniunii Europene**Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 5. **Alte acte normative şi/sau documente internaţionale din care decurg angajamente** Nu este cazul. |
| 6. Alte informaţii Nu sunt.  |
| **Secţiunea a 6-a** **Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ** |
| 1. **1.Informaţii privind procesul de consultare cu organizaţii neguvernamentale, institute de cercetare şi alte organisme implicate**
2. Negocieri/consultări în procesul de elaborare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi 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 Farmaciştilor din România, Ordinului Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România, Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, precum şi cu organizaţiile patronale şi sindicale reprezentative din domeniul medical, conform dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.
 |
| **2.** **Fundamentarea alegerii organizaţiilor cu care a avut loc consultarea, precum şi a modului în care activitatea acestor organizaţii este legată de obiectul proiectului de act normativ** Actul normativ nu se referă la acest subiect.  |
| **3.** **Consultările organizate cu autorităţile administraţiei publice locale, în situaţia în care proiectul de act normativ are ca obiect activităţi ale acestor autorităţi, în condiţiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităţilor administraţiei publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative** Actul normativ nu se referă la acest subiect.  |
| **4.** **Consultările desfăşurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente** Nu este cazul. |
| **5. Informaţii privind avizarea de către:****a) Consiliul Legislativ - s**e supune avizului Consiliului legislativ.**b) Consiliul Suprem de Apărare a Ţării****c) Consiliul Economic şi Social - s**e supune avizului CES.**d) Consiliul Concurenţei****e) Curtea de Conturi**  |
| **6. Alte informaţii** Nu este cazul. |
| **Secţiunea a 7-a** **Activităţi de informare publică privind elaborarea şi implementarea proiectului de act normativ** |
| **1. Informarea societăţii civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ** S-au respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparenţa decizională în administraţia publică, republicată.Potrivit dispoziţiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, Contractul-cadru se elaborează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi se avizează de Ministerul Sănătăţii. Proiectul de act normativ a fost afişat pe site-ul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 02.03.2021. |
| **2**.**Informarea societăţii civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum şi efectele asupra sănătăţii şi securităţii cetăţenilor sau diversităţii biologice**Nu este cazul. |
| **3. Alte informaţii** Nu sunt.  |
| **Secţiunea a 8-a** **Măsuri de implementare** |
| **1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autorităţile administraţiei publice centrale şi/sau locale - înfiinţarea unor noi organisme sau extinderea competenţelor instituţiilor existente** Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| **2. Alte informaţii** Nu sunt. |

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

**Ministrul sănătăţii, Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate**

 **Ioana MIHĂILĂ Adrian GHEORGHE**

 **Avizăm:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Viceprim-ministru** **Ilie-Dan BARNA****Ministrul justiției****Stelian-Cristian ION****Ministrul finanțelor** **Alexandru NAZARE****Ministrul Afacerilor Interne**[**Lucian-Nicolae BODE**](https://gov.ro/ro/guvernul/cabinetul-de-ministri/ministrul-afacerilor-interne1574951292)**Ministrul apărării naționale** **Nicolae**-[**Ionel CIUCĂ**](https://gov.ro/ro/guvernul/cabinetul-de-ministri/ministrul-apararii-nationale1574951249)**Ministrul muncii și protecției sociale****Raluca TURCAN****Ministrul transporturilor şi infrastructurii** **Cătălin DRULĂ****Directorul Serviciului Român de Informaţii****Eduard Raul HELLVIG****Directorul Serviciului de Informaţii Externe****Gabriel VLASE****Directorul Serviciului de Protecţie şi Pază****Lucian-Silvan PAHONŢU****Preşedintele Academiei Române****Academician Ioan Aurel POP** **Autoritatea Naţională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal****Ancuța Gianina OPRE** |  |