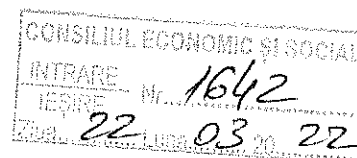


NOTĂ DE FUNDAMENTARE



SECȚIUNEA 1 TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022

SECȚIUNEA A 2-A

MOTIVUL EMITERII ACTULUI NORMATIV

Art. II din Ordonanța Guvernului nr. 18/2021 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea unor acte normative în domeniul sănătății, precum și pentru abrogarea art. 4 din Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladii SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, potrivit căruia în tot cuprinsul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sintagma "dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive" se înlocuiește cu sintagma "dispozitive medicale".

Decizia Curții de Conturi a României nr. 12/V/03.11.2017 emisă de către directorul Direcției 2 din cadrul Departamentului V al Curții de Conturi, prin care s-a dispus măsura de ajustare a fondurilor alocate pentru asistența medicală primară în funcție de realizări și de valoarea fondurilor rămase neutilizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate și determinarea valorii definitive a punctului per capita și pe serviciu în funcție de fondurile ajustate. În acțiunea promovată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în contradictoriu cu Curtea de Conturi a României având ca obiect anularea măsurilor dispuse la punctul 1 din Decizia Curții de Conturi a României nr. 12/V/03.11.2017, care a făcut obiectul dosarului 972/2/2018*, aflat pe rolul Înaltei Curți de Casație și Justiție, prin Decizia ICCJ nr. 3114 din data de 25.05.2021, instanța de recurs a respins definitiv acțiunea în anulare promovată de CNAS.

Legea nr. 1/2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea de amendament semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020, prevede în Anexa nr. 4 - Indicatori de rezultat care stau la baza tragerilor din împrumut, rezultate care stau la baza tragerilor din împrumut și sume alocate, pentru indicatorul DLI#3 Ponderea fondurilor alocate pentru asistența medicală primară din bugetul CNAS, că unul dintre rezultatele pentru a fi considerat îndeplinit indicatorul este extinderea serviciilor asigurate la nivelul asistenței medicale primare.

Hotărârea Parlamentului României nr. 42/2021 pentru acordarea încrederii Guvernului prin care se prevede asigurarea accesului permanent, rapid și neîngrădit al tuturor cetățenilor la asistența medicală primară.

1. Descrierea situației actuale

În prezent, pachetele de servicii de bază și minimal, precum și condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt reglementate de Hotărârea de Guvern nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.

Potrivit reglementărilor în vigoare ale Hotărârii de Guvern nr. 696/2021:

▪ **La nivelul asistenței medicale primare:**

- în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară se regăsesc servicii medicale adiționale ce pot fi acordate de medicii de familie conform curiculei de pregătire în specialitate, asiguraților înscrși pe lista proprie, acestea putând fi acordate doar la nivelul cabinetului medical;

- modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

a) tarif pe persoană asigurată - per capita, exprimat în puncte;

Pentru plata prin tarif pe persoană asigurată, suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă și gen, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, și cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; valoarea definitivă a unui punct per capita este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru.

b) tarif pe serviciu medical, exprimat în puncte.

Pentru plata prin tarif pe serviciu medical, suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu; valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată.

▪ În ceea ce privește asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare:

- asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare sunt reglementate la capitole distincte, cu reglementări specifice, cu precizarea că specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare este tot o specialitate clinică;

- modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este tariful pe serviciu medical exprimat în puncte și tariful pe serviciu medical - consultație/caz, exprimat în lei.

Suma convenită pentru serviciile al căror tarif este exprimat în puncte se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, și cu valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată;

- modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical - consultație/serviciu medical - zi de tratament, exprimate în lei;

- reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale și/sau cu CASA OPSNAJ;

▪ Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate; în situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.

2. Schimbări preconizate

▪ **La nivelul asistenței medicale primare:**

1. Servicii noi introduse în pachetul de bază:

- dezvoltarea pachetului de bază în asistența medicală primară, prin introducerea de servicii diagnostice și terapeutice, ce vor fi detaliate în norme;

- serviciile diagnostice și terapeutice pot fi acordate de medicii de familie atât la nivelul cabinetului cât și la domiciliul pacientului sau la locul solicitării (anterior se acordau doar la nivelul cabinetului). Acordarea de către medicii de familie a unor servicii medicale diagnostice și terapeutice diversificate, conform curiculei de pregătire în specialitate, adaptate nevoii de îngrijiri a pacienților, atât la nivelul cabinetului, cât și la domiciliul pacientului sau la locul solicitării, creează premisele privind asigurarea accesului permanent la serviciile medicale acordate de medicii de familie cu diminuarea perioadei de

recuperare a sănătății și reducerea numărului de internări evitabile.

Totodată, prin dezvoltarea pachetului de bază se are în vedere îndeplinirea Indicatorului nr. 3 de rezultat care sta la baza tragerilor prevăzute în Legea nr. 1/2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea de amendament semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020, unul dintre rezultatele prevăzute expres în Anexa nr. 4 la actul normativ primar anterior menționat fiind *extinderea serviciilor asigurate la nivelul asistenței medicale primare*.

2. Revizuirea mecanismului de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară potrivit recomandărilor cuprinse în Decizia 12/V/03.11.2017 emisă de către directorul Direcției 2 din cadrul Departamentului V al Curții de Conturi.

Astfel, în ceea ce privește tariful pe persoană asigurată (per capita) exprimat în puncte, respectiv tariful pe serviciu medical exprimat în puncte, valoarea punctului „per capita” și valoarea punctului pe serviciu vor fi valori garantate unice pe țară prevăzute în norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru. În prezent, valorile acestor puncte sunt valori minime garantate unice pe țară (prevăzute în norme), care se regularizează trimestrial, iar valorile definitive rezultate în urma regularizării trimestriale nu pot fi mai mici decât valorile minime garantate. În consecință, pe tot parcursul Hotărârii de Guvern nr. 696/2021 reglementările cu referire la valoarea minimă garantată a punctului „per capita”, respectiv la valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu din asistența medicală primară, au fost revizuite în sensul înlocuirii sintagmei „valoare minimă garantată” cu sintagma „valoare garantată”. Totodată, având în vedere că punctele „per capita” și pe serviciu vor avea o valoare garantată valabilă pe tot parcursul anului, nu va mai fi necesară o regularizare trimestrială. Ca urmare, prin proiectul de hotărâre de modificare și completare a HG nr. 696/2021 au fost abrogate reglementările referitoare la regularizarea trimestrială.

Pentru un acces cât mai bun la serviciile medicale din asistența medicală primară, prin stimularea și cointeresarea medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, fondurile neconsumate până în luna decembrie a anului curent vor fi utilizate pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de familie - care depășesc limitele stabilite conform programului de lucru, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare medic de familie, până la consumarea acestor sume.

- Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare:

1. Revizuirea mecanismului de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, similar asistenței medicale primare, în sensul că valoarea punctului pe serviciu va fi valoare garantată unică pe țară prevăzută în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru. În prezent, valoarea punctului pe serviciu este una minim garantată unică pe țară (prevăzută în norme), care se regularizează trimestrial, iar valoarea definitivă rezultată în urma regularizării trimestriale nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată. În consecință, pe tot parcursul Hotărârii de Guvern nr. 696/2021 reglementările cu referire la valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu din asistența medicală ambulatorie de specialitate, au fost revizuite în sensul înlocuirii sintagmei „valoare minimă garantată” cu sintagma „valoare garantată”. Totodată, având în vedere că punctul pe serviciu va avea o valoare garantată valabilă pe tot parcursul anului, nu va mai fi necesară o regularizare trimestrială. Ca urmare, prin proiectul de hotărâre de modificare și completare a HG nr. 696/2021 au fost abrogate reglementările referitoare la regularizarea trimestrială.

Pentru îmbunătățirea accesului persoanelor asigurate la serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru utilizarea eficientă a fondului alocat cu această destinație, sumele neconsumate până în luna decembrie a anului curent vor fi utilizate pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de specialitate din ambulatoriu - care depășesc limitele stabilite conform programului de lucru, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare medic, până la consumarea acestor sume.

2. Pachetul de servicii medicale de bază acordat în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, cuprinde și consultațiile și serviciile acordate de medicii de specialitate cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare în cabinetului medical. În acest pachet nu sunt cuprinse procedurile din bazele de tratament. Decontarea consultațiilor și serviciilor medicale acordate la cabinet de medicii de

specialitate cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare se face prin tarif exprimat în puncte (anterior prin tarif exprimat în lei).

3. Urmare a celor menționate la pct. 2, au fost revizuite în totalitate reglementările aferente asistenței medicale ambulatorii pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare, fiind menținute ca și reglementări distincte doar cele referitoare la asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.

4. Pentru acordarea în condiții de siguranță pentru pacient a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenței a cel puțin unui medic de specialitate medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, și dotarea necesară conform legislației în vigoare.

5. Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, se acordă numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

6. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale sau cu CASAOPSNAJ (anterior se putea încheia contract cu casa de asigurări de sănătate județeană și/sau cu CASAOPSNAJ).

7. A fost reglementat programul de activitate zilnic al bazei de tratament, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate.

- La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

A fost prevăzută posibilitatea majorării programului de lucru cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic de specialitate paraclinică, în situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru.

- La nivelul asistenței medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, între excepțiile de la prezentarea biletului de internare, au fost clarificate situațiile privind:

- pacienții pentru care se realizează monitorizare și administrare tratament afecțiunii care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 , (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare,
- serviciile medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează și în ambulatoriul de specialitate clinic.

▪ La nivelul asistenței medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, pentru serviciile medicale acordate în secții de acuzi finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private pentru care se încasează contribuție personală, a fost clarificat modul de completare a decontului detaliat eliberat la externare și transmis în platforma informatică a asiguraților sociale de sănătate odată cu raportarea lunara: se solicită completarea cu suma care reprezintă diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, termenele și modalitatea de plată a acesteia fiind stabilite între furnizor și pacient.

- Pentru toate segmentele de asistență medicală:

A fost reformulată obligația furnizorilor de a utiliza platforma informatică din asigurările de sănătate și de a asigura confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.

Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 25, decontarea activității

desfășurate în perioada 1 - 15 a lunii, raportată și validată în PIAS, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive asistive.

Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor asistive, aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele asistive acordate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale medicamente și dispozitive asistive acordate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

▪ În tot cuprinsul actului normativ, sintagma "dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive" a fost înlocuită cu sintagma "dispozitive medicale", în coroborare cu prevederile art. II din Ordonanța Guvernului nr. 18/2021 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea unor acte normative în domeniul sănătății, precum și pentru abrogarea art. 4 din Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladii SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA.

3. Alte informații (**)- Nu este cazul.

SECȚIUNEA A 3-A IMPACTUL SOCIOECONOMIC AL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Impactul macroeconomic

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

1¹. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2. Impactul asupra mediului de afaceri

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2¹. Impactul asupra sarcinilor administrative

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2². Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

3. Impactul social

Se asigură acces sporit la servicii medicale în asistența medicală primară, oferite de către medicii de familie conform curriculei de pregătire în specialitate, pentru persoanele asigurate la cabinet, la domiciliu și la locul solicitării.

Se asigură acces sporit la serviciile medicale furnizate de medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare precum și la servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament pentru asigurați.

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						
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						
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale						
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare						
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare						
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare						
7. Alte informații	Măsurile nu afectează bugetul aprobat prin Legea bugetului de stat pentru anul 2022.					

SECȚIUNEA A 5-A

EFECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE

<p>1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ):</p> <p>a) Acte normative care se modifica sau se abroga ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ</p> <p>- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare – se modifică;</p> <p>b) Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții</p>
<p>1¹. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>3. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p>5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente Nu este cazul.</p>
<p>6. Alte informații Nu sunt.</p>

**SECȚIUNEA A 6-A CONSULTĂRILE EFECTUATE ÎN VEDEREA ELABORĂRII
PROIECTULUI DE ACT NORMATIV**

1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate

Negocieri cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, precum și consultări cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.

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

Prevederile art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative

Actul normativ nu se referă la acest subiect.

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 - se supune avizului Consiliului legislativ.

b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării

c) Consiliul Economic și Social

d) Consiliul Concurenței

e) Curtea de Conturi

6. Alte informații

Nu este cazul.

**SECȚIUNEA A 7-A
ACTIVITĂȚI DE INFORMARE PUBLICĂ PRIVIND ELABORAREA
ȘI IMPLEMENTAREA PROIECTULUI DE ACT NORMATIV**

1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ

S-au respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată.

Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 11 ianuarie 2022.

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

Nu sunt.

**SECȚIUNEA A 8-A
MĂSURI DE IMPLEMENTARE**

1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2. Alte informații

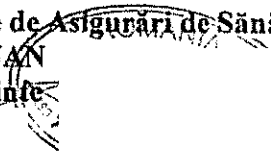
Nu sunt.

Față de cele prezentate a fost promovat prezentul proiect de Hotărâre pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, pe care vă rugăm să-l aprobați.

Ministrul sănătății,
Alexandru RAFLA



p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Adela COJAN
Vicepreședinte



Avizăm:
Viceprim-ministru
Ministrul transporturilor și infrastructurii

Sorin Mihai GRINDEANU

Ministrul justiției,
Marian Cătălin PREDOIU

Ministrul finanțelor,
Adrian CĂCIU

Ministrul Afacerilor Interne
Lucian-Nicolae BODE

Ministrul apărării naționale
Vasile DÂNCU

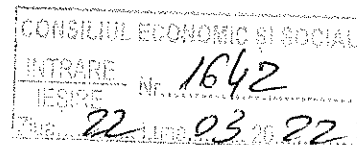
Directorul Serviciului Român de Informații
Eduard Raul HELLVIG

Directorul Serviciului de Informații Externe
Gabriel VLASE

Președintele Academiei Române
Academician Ioan Aurel POP



GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sanatate pentru anii 2021 – 2022

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sanatate pentru anii 2021 – 2022, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din 28 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Titlul Hotărârii se modifică și va avea următorul cuprins:

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

2. Litera A a Capitolului II din anexa 1, se modifică și va avea următorul cuprins:

„A. Pachetul de servicii de bază în asistența medicală primară

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii medicale curative

1.1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie.

1.1.2. Consultațiile în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice se acordă în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.1. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

1.1.3. Consultațiile periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice se realizează pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive - sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani, privind:

- a) creșterea și dezvoltarea;
- b) starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c) depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform normelor.

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei: luarea în evidență a gravidei, supravegherea sarcinii și urmărirea lăuzei.

Consultațiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere se acordă la domiciliu.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală

1.2.4. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației și depistare boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiu de asigurare.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc

1.3. Consultațiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă pentru asigurații înscrși pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infectocontagioase și lăuzelor.

1.3.3. Este considerată consultație la domiciliu inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.4. Serviciile medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice

1.4.1. Aceste servicii se pot acorda exclusiv asiguraților de pe lista proprie, la cabinet, la domiciliul asiguratului sau la locul solicitării, în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz și sunt detaliate în norme.

1.4.2. Aceste servicii sunt acordate de către medicul de familie:

a) serviciile medicale adiționale, conform competențelor dobândite prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz, în condițiile stabilite prin norme și în limita sumei contractate conform actului adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, din fondul alocat asistenței medicale paraclinice;

b) servicii diagnostice și terapeutice, conform curriculei de pregătire a medicului, din fondul alocat asistenței medicale primare; condițiile acordării și punctajul aferent se stabilesc prin norme.

1.5. Activitățile de suport

Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a) certificate de concediu medical;

b) bilete de trimitere;

c) prescripții medicale;

d) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăvire;

e) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;

f) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare;

g) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului;

h) eliberarea fișei medicale sintetice pentru copilul încadrat în grad de handicap sau care urmează să fie încadrat în grad de handicap;

i) adeverință de încadrare în muncă pentru șomeri beneficiari ai pachetului de bază;

j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;

k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

l) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

Administrarea schemei de tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat; se acordă asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.”

3. La punctul 1.8 de la litera B a Capitolului II din anexa nr. 1, după litera l), se introduce o nouă literă, litera m), care va avea următorul cuprins:
„ m) medicină fizică și de reabilitare.”

4. Punctul 1.8.1 de la litera B a Capitolului II din Anexa nr. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

”1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

a) neurologie și neurologie pediatrică:

a1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

a2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;

b) otorinolaringologie:

b1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

- b2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
- c) psihiatrie și psihiatrie pediatrică:
- c1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- c2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
- c3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- d) reumatologie - servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- e) ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică: servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- f) oncologie medicală: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- g) diabet zaharat, nutriție și boli metabolice: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- h) hematologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- i) nefrologie și nefrologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- j) oncologie și hematologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- k) cardiologie:
- k1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- k2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- l) pneumologie:
- l1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- l2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- m) îngrijiri paliative: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- n) medicină fizică și de reabilitare: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, servicii furnizate de fizioterapeut.”

5. Litera C a Capitolului II din Anexa nr. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“C. Pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament cuprinde proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament

NOTĂ:

Condițiile acordării serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, lista afecțiunilor pentru care se pot recomanda proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament, perioadele pentru care se pot acorda și procedurile specifice care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri se stabilesc în norme.”

6. Litera C a Capitolului III din Anexa nr. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“C. Asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor

europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază, în baza de tratament de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C conform normelor. Furnizorii acordă servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază în baza de tratament de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C, conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C se acordă numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.”

7. Punctul 2 al literei c) a articolului 7 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

8. Litera n) a articolului 7 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„n) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

9. Litera k) a articolului 9 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu, pe pagina electronică a acestora, precum și numărul total de puncte ”per capita” și pe serviciu realizate la nivel național, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

10. Alineatele (2) și (3) ale articolului 14 din anexa nr. 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă și gen, ajustat în condițiile prevăzute în norme în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, și cu valoarea garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează, în condițiile prevăzute în norme.

Valoarea garantată a unui punct per capita este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, astfel:

b1) suma convenită pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice conform curriculei de pregătire a medicului de familie, se stabilește în raport cu numărul de puncte corespunzător serviciilor medicale diagnostice și terapeutice efectuate și cu valoarea garantată a unui punct per serviciu medical diagnostic și terapeutic. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical diagnostic și terapeutic este prevăzut în norme.

b2) suma convenită pentru celelalte servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

Valoarea garantată a unui punct pe serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme.

(3) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală primară are următoarea structură:

1. fondul alocat pentru trimestrul I 2022, inclusiv suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, și suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. fondul alocat pentru perioada aprilie-decembrie 2022, din care :

2.1 fondul destinat plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale, în condițiile stabilite prin norme;

2.2 fondul destinat plății "per capita" și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul prevăzut la pct. 2 și cel prevăzut la pct. 2.1, care se repartizează astfel :

a) 50% pentru plata "per capita",

b) 50% pentru plata pe serviciu medical.

11. Alineatele (4)-(7) ale articolului 14 din anexa nr. 2, se abrogă.

12. Litera a) a articolului 15 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, prevăzut în norme, se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea;”

13. Alineatul (1) al articolului 16 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu. Regularizarea trimestrială, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.”

14. După alineatul (3) al articolului 16 din anexa 2, se introduc două noi alineate, alineatele (4) și (5) cu următorul cuprins:

“(4) Sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată pentru plata activității medicilor de familie desfășurată în luna decembrie, se utilizează pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de familie la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, care depășesc limitele stabilite prin norme, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, până la consumarea acestor sume.

(5) Serviciile medicale realizate de medicii de familie care depășesc limitele stabilite prin norme și care nu sunt decontate potrivit alin. (4) sunt incluse în plata per capita.”

15. Alineatele (1) –(4) ale articolului 17 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ART. 17 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea prevederilor art. 13 alin. (4), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), k), m) - o), q) - v) și z), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 lit. ș), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. i) și p), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.”

16. Alineatele (2) și (3) ale articolului 21 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se asigură de:

a) medici de specialitate, inclusiv de către medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor de sănătate conexe actului medical;

b) pentru acupunctură, de către medici care au obținut competență/atestat de studii complementare de acupunctură, certificați de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare;

c) pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu de către:

1. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de către medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialității, cât și a competenței,

2. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie și medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare.

(3) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă, după caz, prin:

a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

e) unități sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;

f) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică;

g) cabinete de îngrijiri paliative organizate conform dispozițiilor legale în vigoare;

h) societăți de turism balnear și de medicină fizică și de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003.”

17. Alineatele (1), (3) și (4) ale articolului 22 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

”ART. 22 (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice, inclusiv cu medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, și poate acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat. În situația în care un medic are o specialitate/mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

(...)

(3) Cabinetele medicale de îngrijiri paliative în ambulatoriu în care își desfășoară activitatea medici cu specialități clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie și medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, cu competență/atestat de îngrijiri paliative certificate de Ministerul Sănătății,

care lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

(4) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aplicabil pe perioada de valabilitate a prezentului Contract-cadru. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. Comisia stabilește numărul necesar de medici și numărul necesar de norme. Pentru specialitățile clinice, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitățile clinice se ajustează în mod corespunzător. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, reprezentanți ai organizațiilor patronale și sindicale și ai societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare reprezentative la nivel județean, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local.”

18. Litera h) de la alineatul (1) al articolului 23 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”h) actul doveditor privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice inclusiv furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă și calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, și, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru fizioterapeuți autorizație de liberă practică eliberată conform prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare;”

19. Prima teză a art. 24 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 24. -În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, îngrijiri paliative și acupunctură au următoarele obligații:
(...)”

20. Punctul 2 al literei a), punctul 2 al literei c), literele l) și o) de la articolul 24 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

” a) (...) 2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată, respectiv cu tarifele corespunzătoare aferente serviciilor de acupunctură/serviciilor medicale-diagnostice - caz; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

.....
c) (...) 2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicul din specialitatea medicină fizică și de reabilitare eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;”

.....
„l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie

compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

.....
”o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare familială, precum și a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;”

21. Prima teză a articolului 26 și litera k) a articolului 26 din anexa nr. 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

“ Art. 26 - În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, acupunctură și îngrijiri paliative, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

.....
k) să facă publică valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, pe pagina electronică a acestora, precum și numărul total de puncte realizat trimestrial la nivel național, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

22. Alineatele (2)-(5) de la articolul 27 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 21 alin. (3), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 30 alin. (2).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. În sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate

cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.

(4) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sănătății și CMR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme.”

23. Litera a) a alineatului (1) de la art. 32 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”a) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, de gradul profesional al medicilor și de valoarea unui punct, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Valoarea garantată a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate fiind stabilită în norme;”

24. Articolul 33 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 33

(1) Pentru stabilirea valorii garantate a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3), inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior.

(2) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme. Regularizarea trimestrială se face, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.”

(3) Sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată pentru plata activității medicilor de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare desfășurată în luna decembrie, se utilizează pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, care depășesc limitele stabilite prin norme, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, până la consumarea acestor sume.”

25. Alineatele (1)-(4) ale articolului 35 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ART. 35 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 24 lit. a), c), d), g), i), k) - m), p) - ș), v), w), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 24 lit. o) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 24 lit. f), h) și n) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații.”

26. Litera e) de la articolul 37 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

”e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii medicale din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, de servicii de planificare familială, acupunctură și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și a documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și a documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;”

27. Titlul Capitolului III din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.”

28. Prima teză a alineatului (1) al art. 39 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Art. 39 - În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament trebuie să îndeplinească următoarele condiții:”

29. După alineatul (2) al articolului 39 din anexa nr. 2, se introduce un nou alineat, alin. (3) cu următorul cuprins:

“(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenței a cel puțin unui medic de specialitate medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, și dotarea necesară conform legislației în vigoare.”

30. Articolul 40 din anexa nr. 2 se abrogă.

31. Litera g) a articolului 41 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) programul de lucru al bazei de tratament/ al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevăzut în norme”.

32. Litera i) a articolului 41 din anexa 2 se abrogă.

33. Alineatul (4) al articolului 41 din anexa 2, se abrogă.

34. Prima teză a articolului 42 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 42. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au următoarele obligații:”

35. Literele i), m), p), r), s), ș), t) și w) - y) ale articolului 42 din anexa nr. 2 se abrogă.

36. Literele c), e), k), l), n), o) și q) ale articolului 42 din anexa nr. 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) să țină evidența serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata serviciului prin completarea unei fișe de tratament întocmite

conform recomandărilor din Planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică și de reabilitare;

(...)

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul bazei de tratament/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară într-o formă legală profesia la baza de tratament/punctul de lucru respectiv; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

(...)

k) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.

(...)

n) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond;

o) să acorde servicii de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament asiguraților numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;

(...)

q) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;"

37. Prima teză a articolului 43 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 43. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au următoarele drepturi:”

38. Litera d) a articolului 43 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“d) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;”

39. Prima teză, literele a), b) și k)-n) ale articolului 44 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„În relațiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

(...)

k) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au în dotare aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe zi de tratament, în condițiile stabilite prin norme;

m) să deconteze serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

n) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor art. 45 alin. (2).”

40. Alineatul (1) al articolului 45 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale sau cu CASAOPSNAJ.”

41. Prima teză a alineatului (2) al articolului 45 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, astfel:”

42. Alineatele (3) – (5) ale articolului 45 din anexa nr. 2 se abrogă.

43. Articolul 46 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 46 - Servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se acordă în condițiile prevăzute în norme”.

44. Articolul 47 din anexa nr. 2 se abrogă.

45. Articolul 48 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“ART. 48 (1) Baza de tratament își stabilește programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.”

46. Alineatele (1) și (2) ale articolului 49 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“ART. 49 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din baza de tratament cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Suma contractată se stabilește conform normelor și se defalcă pe trimestre și luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare din baza de tratament este tariful pe zi de tratament, exprimat în lei.”

47. Articolul 50 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 50. - Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;”

48. Alineatele (1) și (2) ale articolului 51 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii”.

49. Articolul 52 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“ART. 52 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. a), c), d), g), k), l), q) și Ț) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente nerespectarea obligației prevăzute la art. 42 lit. o) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. f), h) și n) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) – (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor, după caz.”

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație”.

50. Prima teză a alineatului (1) al articolului 53 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:”

51. Litera f) de la alineatul (1) al articolului 53 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.”

52. Prima teză a articolului 54 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ Art. 54. Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații: (...)”

53. Literalele e) și g) ale articolului 54 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a personalului medico – sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;”

.....

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive.”

54. Litera h) a articolului 54 din anexa nr. 2 se abrogă.

55. Prima teză a articolului 55 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 55 Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:”

56. Litera k) a articolului 59 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

57. Alineatele (8) și (10) ale articolului 72 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(8) Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la alin. (10).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii. În sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al(e) unității sanitare cu paturi.

.....
(10) În situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice.”

58. Litera i) a articolului 74 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

59. Litera h) a alineatului (1) al articolului 86 din anexa 2, se abrogă.

60. La alineatul (2) al articolului 89 din anexa 2, litera b.4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b.4) monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 , (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;”

61. La alineatul (2) al articolului 89 din anexa 2, după litera b.13), se introduce o nouă literă, litera b.14), cu următorul cuprins:

“b.14) servicii medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează și în ambulatoriul de specialitate clinic.”

62. Literele l) și p) ale alineatului (1) al articolului 92 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate;

p) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuși finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului; ”

63. Litera i) a alineatului (1) de la articolul 107 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

64. Litera i) a articolului 119 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

65. Litera i) a articolului 130 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

66. Litera j) a articolului 141 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

67. Litera j) a articolului 164 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

68. Litera b) a articolului 185 se abrogă.

69. Litera g) a articolului 185 se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.”

70. După alineatul (2) al articolului 193 se introduce un nou alineat, alineatul (2¹) cu următorul cuprins:

“(2¹) Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 25, decontarea activității desfășurate în perioada 1 - 15 a lunii, raportată și validată în PIAS, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive asistive.

Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor asistive, aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele asistive acordate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale medicamente și dispozitive asistive acordate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.”

71. Alineatul (4) al articolului 193, se abrogă.

72. În tot cuprinsul actului normativ, sintagma "dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive" se înlocuiește cu sintagma "dispozitive medicale".

ART. II

Prevederile cuprinse la art. I din prezenta Hotărâre a Guvernului intră în vigoare la data de 1 aprilie 2022.

PRIM-MINISTRU

Nicolae-Ionel CIUCĂ