



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL ADJUNCT**

Nr.SG 707

26.08.2024

CĂTRE,

**SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DOMNULUI SECRETAR GENERAL MIRCEA ABRUDEAN**

Initiator: **Ministerul Sănătății**

Titlul proiectului: *Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății*

Vă transmitem alăturat proiectul menționat mai sus, în vederea înscrierii pe agenda reuniunii pregătitoare, litera c).

Proiectul de act normativ a fost transmis în vederea avizării către:

- instituție avizatoare, Ministerul Justiției;
- instituție avizatoare, Ministerul Finanțelor;
- instituție avizatoare, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale;
- instituție avizatoare, Ministerul Afacerilor Interne;
- instituție avizatoare, Ministerul Apărării Naționale
- instituție avizatoare, Serviciul Român de Informații;
- instituție avizatoare, Serviciul de Informații Externe;
- instituție avizatoare, Academia Română;
- instituție avizatoare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- avizator: Viceprim-ministru, Marian Neacșu.

Prin prezenta adresă confirmăm faptul că textul proiectului de act normativ prezentat pe suport de hârtie este identic cu varianta electronică transmisă la adresa de e-mail: sgg.pregatitoare@gov.ro, în data de 26.01.2024.

Cu deosebită stimă,

Secretar general adjunct

Dănuț Cristian Popa



GUVERNUL ROMÂNIEI



Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. V pct. 1 din Legea nr. 187/2024 privind abilitarea Guvernului de a emite ordonanțe,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță:

ART. I - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 48 alineatul (1), după litera i) se introduce o nouă literă, lit. j), cu următorul cuprins:

„j) servicii de îngrijiri paliative - acele servicii furnizate, în condițiile prezentului titlu, de către unitățile de specialitate, după cum urmează:

j1) servicii de îngrijiri paliative de bază - acele servicii furnizate de către unitățile de specialitate care au personal medical cu instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, potrivit Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, aprobat prin ordin al ministrului sănătății;

j2) servicii de îngrijiri paliative specializate - acele servicii furnizate de către unitățile de specialitate autorizate pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, care au personal sanitar cu studii aprofundate în domeniul paliativei, potrivit Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.”

2. La articolul 48 alineatul (2), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) programe naționale de sănătate curative care au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, altele decât TBC și HIV/SIDA și transplant de organe, țesuturi și celule, precum și acordarea de servicii medicale, servicii de îngrijiri paliative și servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, potrivit structurii și obiectivelor stabilite conform art. 51 alin. (4).”

3. La articolul 48, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:

”(3) Coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea și derularea programelor naționale de sănătate curative se asigură cu participarea experților coordonatori de program/subprogram/activitate, după caz, la nivel național, desemnați de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar la nivelul unităților de specialitate sunt desemnați responsabili de program/subprogram/activitate de către

conducătorul respectivei unități de specialitate. Atribuțiile coordonatorilor, respectiv ale responsabililor de program/subprogram/activitate, se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

4. La alineatul (2) al articolului 52, după litera e) se introduc două noi litere, literele f) și g), cu următorul cuprins:

„f) cabinete de medicină de familie, organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, care desfășoară activități de îngrijiri paliative de bază, definite prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative;

g) furnizori privați de servicii de îngrijiri paliative specializate pentru serviciile de îngrijiri paliative specializate, care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale care acordă și servicii de îngrijiri paliative specializate.”

5. La articolul 53, alineatele (3)-(5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Relațiile dintre unitățile de specialitate prevăzute la art. 52 alin. (2) literele b) – g) și casele de asigurări de sănătate, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, sunt de natură civilă, reprezintă acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale.

(4) Unitățile de specialitate prevăzute la art. 52 alin. (2) literele b) – g) încheie cu casele de asigurări de sănătate contracte pe baza modelelor de contracte prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, în cuprinsul cărora pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare, negociate, în limita prevederilor legale în vigoare.

(5) Sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către unitățile de specialitate prevăzute la art. 52 alin. (2) literele b) – g), cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin hotărârea Guvernului prevăzută la art. 51 alin. (4).”

6. La articolul 163, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Serviciile medicale acordate de spital pot fi preventive, curative, de recuperare și/sau paliative. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 15 și 21 de ani pot beneficia de servicii medicale în orice unitate sanitară, pentru acordarea asistenței medicale sau asigurarea continuității acesteia.”

7. La articolul 172², după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

„(5) Consorțiile medicale prevăzute la alin. (1), organizate în condițiile alin. (3), pot furniza servicii medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, din alte tipuri de asigurări de sănătate, precum și servicii medicale cu plată, în condițiile legii.”

8. La articolul 220, alineatele (2) și (2¹) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Constituirea fondului se face din contribuția de asigurări sociale de sănătate, denumită în continuare contribuție, suportată de asigurați, din sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru muncă, conform art. 220⁶ alin. (4) lit. d) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, sumele provenite din protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, sumele provenite din protocoalele de acces timpuriu în rambursare, sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, din subvenții de la bugetul

de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului CNAS și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii.

(2¹) Ministerul Finanțelor este autorizat să introducă, la propunerea CNAS, pe măsura încasării, influențele ce decurg din sumele provenite din protocoale încheiate de aceasta cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, din sumele provenite din protocoalele de acces timpuriu în rambursare precum și din sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, în volumul și structura veniturilor și cheltuielilor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu menținerea echilibrului bugetar.”

9. La articolul 221 alineatul (1), după lit. m) se introduce o nouă literă, lit. n), cu următorul cuprins:

”n) protocoale de acces timpuriu în rambursare - mecanisme de facilitare a accesului la medicamente, altele decât cele prevăzute la art. 241 alin. (1¹), prin care deținătorii de autorizații de punere pe piață, direct sau prin reprezentanții legali ai acestora, pentru medicamentele cu decizii de includere în lista de medicamente prevăzută la art. 242 emise în urma evaluării efectuate de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, precum și pentru medicamentele cu autorizație de punere pe piață care au depus la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România documentația în vederea evaluării tehnologiilor medicale, pentru indicații aprobate fără alternativă terapeutică în lista de medicamente, participă la cofinanțarea tratamentului persoanelor asigurate pentru o perioadă limitată de timp. Mecanismele de facilitare a accesului la medicamente, metodologia de încheiere și monitorizare a modului de implementare și derulare a protocoalelor de acces timpuriu în rambursare se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

10. La articolul 222, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Persoanele prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarației, prevăzută la art. 147 alin. (1), art. 174 alin. (2) sau art. 174¹ alin.(3) și alin. (4) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, după caz.”

11. La articolul 224 alineatul (1), literele a), h) și m) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”a) copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.

.....
h) persoanele fizice care se află în concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau unor boli profesionale, în baza Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și cele aflate în concedii medicale în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru care indemnizațiile nu sunt cuprinse în categoriile de venituri supuse contribuției de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 155 alin. (1) lit. i) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile aferente certificatelor medicale;

.....
m) persoanele fizice care beneficiază de venit minim de incluziune potrivit Legii nr. 196/2016 privind venitul minim de incluziune, cu modificările și completările ulterioare;”

12. La articolul 243, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (4¹), cu următorul cuprins:

”(4¹) Limita maximă până la care CNAS este autorizată anual să negocieze și să încheie contractele prevăzute la alin. (3) se poate modifica prin ordonanță de urgență a Guvernului, în condițiile în care până la data de 30 septembrie nu a fost aprobată o rectificare bugetară, potrivit Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.”

13. La articolul 265 alineatul (1), după litera a³) se introduce o nouă literă, lit. a⁴), cu următorul cuprins:

”a⁴) sume provenite din protocoalele de acces timpuriu în rambursare.”

14. La articolul 267, alineatele (2²) și (2³) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2²) Pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră termenul legal de depunere al declarației, prevăzută la art. 174 alin. (2) sau art. 174¹ alin. (3) și alin. (4) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.

(2³) Pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. b) și c) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la expirarea a 12 luni de la data depunerii declarației prevăzute la art. 174 alin. (2) sau art. 174¹ alin. (3) și alin. (4) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.”

ART. II - Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial nr. 680 din 26 septembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. După articolul 1² se introduce un nou articol, art. 1³, cu următorul cuprins:

”(1³) Deținătorii autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor care încheie cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, direct sau prin reprezentanții legali ai acestora, protocoale de acces timpuriu în rambursare în condițiile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamentele care fac obiectul acestor protocoale, nu datorează, pe întreaga perioadă de derulare a acestora, contribuția trimestrială prevăzută la art. 3⁸ și art. 12 alin (3).”

2. Alineatul (4) al articolului 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(4) În limita maximă a sumei prevăzute la alin. (1), negocierea contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat se inițiază pentru medicamentele pentru care deținătorul de autorizație de punere pe piață, direct sau prin reprezentantul său legal, în termen de 60 de zile de la emiterea deciziei de includere condiționată în lista prevăzută la alin. (1) își exprimă intenția de a intra în procesul de negociere pe baza criteriilor de prioritizare aplicate în următoarea ordine:

- a) medicamente pentru tratamentul specific al unor afecțiuni pentru care în raportul tehnic care a stat la baza deciziei de includere condiționată a fost identificat, în condițiile ordinului ministrului sănătății prevăzut la art. 243 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, un comparator relevant în lista prevăzută la alin. (1) și care generează sub 3% costuri față de comparator,
- b) medicamente orfane și medicamente pentru tratamentul bolilor rare sau pentru tratamentul specific al unor afecțiuni pentru care, în raportul tehnic care a stat la baza deciziei de includere

condiționată nu a fost identificat, în condițiile ordinului ministrului sănătății prevăzut la art. 243 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, un comparator relevant în lista prevăzută la alin. (1),

- c) medicamente pentru tratamentul specific al unor afecțiuni pentru care în raportul tehnic care a stat la baza Deciziei de includere condiționată a fost identificat, în condițiile ordinului ministrului sănătății prevăzut la art. 243 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, un comparator relevant în lista prevăzută la alin. (1) și care generează mai mult de 3% costuri față de comparator.”

3. La articolul 12, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (4¹), cu următorul cuprins:

”(4¹) Pentru medicamentele incluse condiționat în lista de medicamente aprobată, potrivit legii, prin hotărâre a Guvernului, procesele de reluare a negocierii pentru încheierea contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat se derulează cu prioritate în limita maximă a sumei prevăzute la alin. (1).”

ART. III – Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1077 din 8 noiembrie 2022, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În Anexă, la pct. I. ”Obiective generale” lit.A ”Prevenția” pct. 2. ”Realizarea unei rețele interconectate la nivel național și sistemele de conectare în rețea ale UE”, coloana ”Perioada de implementare” aferentă măsurii c) ”Permiterea schimbului și recunoașterii între statele membre a prescripțiilor electronice și a rezumatului dosarului pacientului” de la Obiectivul 2. ”Integrarea centrelor naționale de cancer în rețelele europene” se modifică și va avea următorul cuprins:

”2023 – 2026”.

2. În Anexă, la pct. I. ”Obiective generale” lit.B ”Diagnosticarea” pct. 4. ”Realizarea unui registru național de cancer funcțional, cu subregistre pentru toate localizările, precum și implementarea dosarului electronic al pacientului, în acord cu spațiul european de date medicale”, coloana ”Perioada de implementare” aferentă măsurilor a) ”Realizarea unui audit tehnic cu privire la statutul DES” și b) ”Analiza nevoii de componente hardware și software pentru ca DES să devină funcțional în conformitate cu cerințele europene” de la Obiectivul 3. ”Operaționalizarea dosarului electronic de sănătate (DES), în acord cu specificațiile Comisiei Europene din spațiul european de date pentru sănătate” se modifică și va avea următorul cuprins:

”2023 – 2026”.

3. În Anexă, la pct. I. ”Obiective generale” lit.C ”Tratamentul”, după pct. 4 ”Medicina personalizată” se introduce un nou punct, pct. 5 ”Servicii de radioterapie”, cu următorul cuprins:

”5. Servicii de radioterapie

Stadiul actual	Obiective	Măsuri	Perioada de implementare	Responsabili
În prezent asigurarea serviciilor de radioterapie [radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D,	Toate tipurile de servicii de radioterapie [radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar	1.Stabilirea criteriilor de selecție a cazurilor care vor beneficia de un anumit tip serviciu de radioterapie decontat prin	2024	Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate”

<p>radioterapie cu modularea intensității (IMRT), brahiterapie, radioterapie stereotactică (SBRT), iradierea corporală totală sau derivate] a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se realizează prin Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie. Finanțarea serviciilor de radioterapie acordate pacienților oncologici în cadrul acestui subprogram este asigurată din bugetul FNUASS. SBRT, iradierea corporală totală sau derivate și brahiterapia pentru leziunile prostatice și determinările secundare ale cancerului de prostată sunt singurele servicii de radioterapie prevăzute în curprinsul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România.</p>	<p>3D, radioterapie cu modularea intensității (IMRT), brahiterapie, radioterapie stereotactică (SBRT), iradierea corporală totală sau derivate] acordate bolnavilor cu afecțiuni oncologice, indiferent de localizarea tumorală, prin Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice sunt parte componentă a Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România.</p>	<p>Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice. 2. Decontarea la nivelul realizat a serviciilor de radioterapie prevăzute în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România. 3. Actualizarea tarifelor pentru fiecare tip de serviciu de radioterapie decontat prin Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice.</p>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

4. În Anexă, la pct. I. "Obiective generale" lit.D "Îngrijirea" pct. 1 "Paliția" coloana "Măsuri", litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a) Implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități de specialitate cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu în scopul acordării serviciilor de îngrijiri paliative de bază și specializate

la domiciliu, a serviciilor de îngrijiri paliative specializate în ambulatoriu, a procedurilor în scop paliativ și a îngrijirilor paliative în regim de spitalizare de zi.”

5. În Anexă, la pct. I. ”Obiective generale” lit.D ”Îngrijirea” pct. 1 ”Paliatia” coloana ”Măsuri”, litera b) se abrogă.

6. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit.A ”Localizarea colorectală” ”Obiectivul 6 – Centre acreditate pentru abordul minim invaziv, rezecții complexe, tratamentul carcinomatozei peritoneale, metastazelor hepatice, pulmonare și extrahepatice”, la coloana ”Responsabili” sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se elimină.

7. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit.B ”Localizare sân” ”Obiectivul 5 – Centre acreditate pentru diagnosticul și tratamentul cancerului de sân”, la coloana ”Responsabili” sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se înlocuiește cu sintagma ”Ministerul Sănătății”.

8. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit.C ”Localizarea col uterin” ”Obiectivul 4 – Centre acreditate pentru abordul minim invaziv”, la coloana ”Responsabili” sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se elimină.

9. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit.D ”Localizarea Bronhopulmonară” ”Obiectivul 6 – Centre acreditate pentru pentru tratamentul integrat, abordul minim invaziv, rezecții complexe etc.”, la coloana ”Responsabili” sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se înlocuiește cu sintagma ”Ministerul Sănătății”.

10. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit.E ”Localizare prostată” ”Obiectivul 6 – Centre acreditate pentru tratamentul cancerului de prostată”, la coloana ”Responsabili” sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se elimină.

11. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit.F ”Cancerle hematologice” ”Obiectivul 1 – Centre regionale de diagnostic și tratament al leucemiilor acute pentru adulți și copii”, la coloana ”Responsabili” sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se înlocuiește cu sintagma ”Ministerul Sănătății”.

12. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit. G ”Cancerle pediatrice” ”Obiectivul 3 – Radioterapia cancerelor pediatrice”, perioada de implementare aferentă Obiectivului 1 - Înființarea unui centru de radioterapie cu protoni, cu asigurarea accesului gratuit pentru cazurile pediatrice eligibile se modifică și va avea următorul cuprins:
”2023 – 2028”.

13. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit. G ”Cancerle pediatrice” ”Obiectivul 4 - Acces continuu și adecvat la medicația oncologică pediatrică prevăzută de protocoalele terapeutice actuale”, sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se elimină din coloana ”Responsabili” aferentă măsurilor de la litererele c) și d).

14. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit. G ”Cancerle pediatrice” ”Obiectivul 5 - Dezvoltarea de servicii de oncohematologie pediatrică integrate multidisciplinar pentru toate etapele parcursului clinic, prin aplicații inovative ale tehnologiei informației”, sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se elimină din coloana ”Responsabili” aferentă măsurilor de la literele b) și d).

15. În Anexă, la pct. II. ”Obiective specifice” lit. G ”Cancerle pediatrice” ”Obiectivul 5 - Dezvoltarea de servicii de oncohematologie pediatrică integrate multidisciplinar pentru toate etapele parcursului clinic, prin aplicații inovative ale tehnologiei informației”, sintagma ”Casa Națională de Asigurări de Sănătate” se elimină din coloana ”Responsabili” aferentă măsurilor de la literele g) - i).

ART. IV – La articolul 4 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, publicată în Monitorul

Oficial al României, Partea I, nr. 616 din 29 iunie 2024, după alineatul (6) se introduce un nou alineat, alin. (6¹), cu următorul cuprins:

”(6¹) Prin excepție de la prevederile alin. (6), în situația producerii unor întreruperi în funcționarea aplicației informatice pusă la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale, materialele sanitare, medicamentele și dispozitivele medicale, altele decât cele prevăzute la art. 2 alin. (2) lit. b), se acordă de către furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pe baza documentelor de identitate și de protecție temporară. Modalitatea de decontare a activității desfășurate de furnizori în perioada de indisponibilitate a aplicației informatice se stabilește până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.”

ART. V – La articolul 25 alineatul (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 157 din 6 martie 2007, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) Costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și are în vedere totalitatea cheltuielilor curente anuale ale căminului pentru persoane vârstnice.”

ART. VI – Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.074 din 29 noiembrie 2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare,

1. La articolul 3¹, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

”(4) Adeverința prevăzută la alin. (1) lit. b) se eliberează de plătitorul de indemnizații în baza solicitării persoanei asigurate, nu mai târziu de data eliberării certificatului de concediului medical de către medicul curant.”

2. Articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

”ART. 7

Stagiul minim de asigurare pentru acordarea drepturilor prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - d¹) este de 6 luni realizate în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical, în condițiile prevăzute în normele de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență.”

ART. VII – La articolul IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 14 aprilie 2022, cu modificările și completările ulterioare, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.”

ART. VIII - Termenul prevăzut la art. 230 alin. (2⁶) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se prorogă până la împlinirea termenului de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2027.

ART. IX - Termenul prevăzut la art. 386 alin. (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se prorogă până la împlinirea termenului de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2027.

ART. X - Dispozițiile art. 12 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acestea au fost modificate prin prezenta ordonanță, se aplică și pentru medicamentele care au obținut decizie de includere condiționată în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru care nu s-a inițiat procesul de negociere în vederea încheierii contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe.

PRIM-MINISTRU

Ion - Marcel CIOLACU

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul proiectului de act normativ

ORDONANȚĂ

pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății

Secțiunea a 2-a

Motivul emiterii actului normativ

2.1 Sursa proiectului de act normativ

Inițiativa Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate - în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. V pct. 1 din Legea nr. 187/2024 privind abilitarea Guvernului de a emite ordonanțe, pentru a se asigura implementarea următoarelor măsuri:

- armonizarea și corelarea unor norme din cuprinsul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, al Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, al Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, al Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, al Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și al Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât să fie asigurată claritatea și concizia conexiunilor legislative, precum și aplicarea unitară a acestora;

- eficientizarea monitorizării acordării și decontării serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale și serviciilor conexe actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru îndeplinirea obiectivelor care constituie fundamentul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

- implementarea în cuprinsul Planului de prevenire și combatere a cancerului în România a unui capitol destinat tratamentului specific prin radioterapie pentru toți bolnavii oncologici care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de serviciile de radioterapie, indiferent de tipul de tumoră malignă, precum și a Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu;

- implementarea unor noi mecanisme prin care să se asigure accesul la medicamente inovative în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

2.2. Descrierea situației actuale

A. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

- Pentru gestionarea eficientă a bugetului programelor naționale de sănătate curative de către furnizorii de servicii medicale, precum și de către furnizorii de servicii conexe actului medical pentru

persoanele cu tulburări din spectrul autist, se impune instituirea unor norme prin care să se asigure desemnarea unui expert coordonator cu atribuții în implementarea și derularea programelor naționale de sănătate curative.

- În prezent în Titlul II – Programe naționale de sănătate din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt reglementate programele naționale de sănătate, respectiv: programele naționale de sănătate publică și programele naționale de sănătate curative.

Programele naționale de sănătate curative care au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, altele decât TBC și HIV/SIDA și transplant de organe, țesuturi și celule, precum și acordarea de servicii medicale și servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, potrivit structurii și obiectivelor stabilite conform art. 51 alin. (4).

Potrivit reglementărilor art. 4 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, toți cetățenii români care se află pe teritoriul României, au domiciliul sau reședința în România, cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ai Spațiului Economic European și cetățenii Confederației Elvețiene, precum și străinii și apatrizii care au domiciliul sau reședința în România au dreptul la servicii de îngrijire, inclusiv îngrijiri paliative. Totodată, la lit. D. “Îngrijirea”, punctul 1. “Paliația” din actul normativ anterior menționat se specifică faptul că Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate au obligația de implementare a planului național de paliatie și a celor 8 centre-pilot prevăzute în PAL-PLAN.

Proiectul “Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu” (PAL-PLAN, Mysmiss/SIPOCA 129439/ 733), proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014- 2020, proiect realizat de către Ministerul Sănătății (MS) în parteneriat cu Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), Fundația Hospice Casa Speranței, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale (MMSS) și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), a vizat crearea și introducerea unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a unui sistem național de îngrijiri paliative. Unul din rezultatele acestui proiect a fost elaborarea proiectului Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu. Acest program se adresează pacienților cu boli cronice progresive și incurabile, deci atât pacienților non-oncologici, cât și pacienților oncologici.

- La nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au fost primite petiții ale aparținătorilor persoanelor cu afecțiuni grave (inclusiv a celor cu afecțiuni rare), prin care sunt evidențiate dificultățile asigurării tranziției către serviciile medicale pentru adulți, a persoanelor care au vârsta de peste 18 ani. Solicitanții identifică necesitatea acordării de servicii medicale în secțiile de pediatrie/spitalele de pediatrie, unor persoane care au vârsta de peste 18 ani, acestea necesitând monitorizarea afecțiunilor și tratament sub urmărirea medicului pediatru (sau a medicilor cu alte specialități cu specific pediatric).

- Pentru punerea în aplicare a programului de guvernare – componenta de sănătate, art. I pct. 21 din OG nr. 18/2021, astfel cum aceasta a fost aprobată prin Legea nr. 310/2022, a introdus dispozițiile art.172² alin. (1) în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sensul reglementării conșorțiilor medicale. Astfel, în prezent, spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituții de învățământ medical superior acreditate, precum și cu alte instituții medicale acreditate în vederea constituirii unor conșorții medicale cu personalitate juridică, conform dispozițiilor prevăzute la art. 187 - 204 din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în scopul derulării în comun de activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective.

În consecință, norma primară reglementează în sarcina consorțiilor medicale posibilitatea de a derula activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective, fără a fi menționată expres posibilitatea derulării de relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

- ANMDMR in calitate de autoritate competenta in domeniul evaluarii tehnologiilor medicale, a emis, in perioada sept 2023 – 30.06.2024 un numar de 19 decizii de includere neconditionata in Lista pentru un numar de 19 noi DCI-uri, medicamente care la data prezentei nu sunt incluse in Lista de medicamente aprobata prin HG 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si pe cale de consecinta nu pot fi rambursate din bugetul FNUASS pacientilor eligibili. Pentru o parte din aceste medicamente, pentru indicatiile pentru care au fost emise decizii de includere neconditionata in Lista, pacientii eligibili, in calitate de reclamanti, au solicitat si solicita în contradictoriu cu Guvernul României, Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, acordarea în regim de compensare 100% (fără contribuție personală) a acestor medicamente pentru care nu există , la data solicitării, temei legal pentru a fi suportate din bugetul FNUASS.

La data prezentei, in evidenta Comisiei de negociere a contractelor cost volum/cost volum rezultat exista un numar de 42 de medicamente cu Decizii de includere conditionata in Lista emise de ANMDMR in perioada septembrie 2022-martie 2024, pentru care DAPP, prin reprezentantii lor legali si-au exprimat disponibilitatea pentru inceperea procesului de negociere in vederea incheierii unui contract cost volum si includerii in Lista de medicamente si au depus oferta financiara in acest sens. Din cele 42 de medicamente, 22 de medicamente, potrivit informatiilor comunicate de Comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii, se incadreaza in criteriul 1 de prioriotizare pentru negociere (medicamente orfane sau care se adreseaza unor stadii evolutive ale afectiunilor fara alternativa terapeutica in lista de medicamente)

Totodata, in evidenta Comisiei mai exista un numar de alte 19 DCI-uri cu decizii de includere conditionata in Lista de medicamente pentru care DAPP si-au exprimat disponibilitatea pentru inceperea procesului de negociere dar Comisiile de specialitate ale Ministerului sanatatii nu au comunicat elementele care stau la baza negocierii astfel incat DAPP sa fie in masura a depune oferta financiara.

In conformitate cu prevederile art. 243 alin (3) si (4) din Legea nr 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, ale art. 12 alin (1) din OUG nr 77/2011 privind stabilirea unor contributii pentru finantarea unor cheltuieli in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru medicamentele pentru care în urma evaluării efectuate potrivit legii de Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale au fost emise decizii de intrare condiționată în Lista de medicamente, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificările și completările ulterioare, se pot negocia și încheia contracte cost-volum/cost-volum-rezultat până la limita maximă a sumei aprobate prin legile bugetare anuale până la care Casa Națională de Asigurări de Sănătate este autorizată să negocieze și să încheie aceste contracte.

In anul 2023, potrivit prevederilor art 10 alin (2) din Legea nr. 368/2022 - Legea bugetului de stat pe anul 2023, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a fost autorizata să negocieze si sa încheie contracte cost volum/cost volum rezultat în limita sumei de 4.300.000 mii lei. Avand in vedere faptul ca, pe parcursul acestui an, nu au fost efectuata nici o rectificare bugetara, prin raportare la prevederile legale in vigoare, limita sumei mai sus mentionata a fost insuficienta pentru derularea tuturor proceselor de reluare a negocierii, renegociere a contractelor cost volum aflate in derulare precum si a proceselor de negociere pentru incheierea unor noi contracte cost volum.

Prin Legea nr 421/2023-Legea bugetului de stat pe anul 2024, limita maxima a sumei pana la care CNAS este autorizata sa negocieze si sa incheie contracte cost volum/cost volum rezultat a ramas la

nivelul de 4.300.000 mii lei, nivel nemodificat din anul 2022, astfel încât, aceasta limită nu permite în continuare derularea unor procese de negociere pentru încheierea unor noi contracte cost volum pentru cele 42 de medicamente aflate în evidența Comisiei de negociere. Și pentru o parte din aceste medicamente, pacienții eligibili au solicitat și solicitat acordarea în regim de compensare 100% (fără contribuție personală) a acestor medicamente pentru care nu există, la data solicitării, temei legal pentru a fi suportate din bugetul FNUASS.

Astfel, în practică, în materie de asigurări sociale de sănătate, s-a creat o jurisprudență constantă cu privire la admiterea cererilor de ordonanță președințială având ca obiect asigurarea către reclamanți, pe bază de prescripție medicală, în regim de compensare 100% (fără contribuție personală) a unor medicamente care se acordă și se decontează într-o altă modalitate decât cea prevăzută în mod expres de legislația în vigoare, respectiv la nivelul prețului cu amănuntul maximal cu TVA prevăzut în CANAMED aprobat prin ordin al ministrului sănătății și nu la nivelul prețului de rambursare, care ar fi fost stabilit în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în situația în care medicamentele ar fi fost acordate pentru indicații autorizate, potrivit legii, sens în care bugetul FNUASS nu este utilizat în mod eficient, fiind afectat accesul asiguraților la medicamentele prevăzute deja în Lista aprobată prin HG nr 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru a asigura accesul pacienților eligibili la inovație și pentru a îndeplini obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate se impune identificarea unui mecanism prin care, pentru medicamentele cu decizii de includere în Lista emise de ANMDMR precum și pentru medicamentele autorizate de punere pe piață care au depus solicitare la ANMDMR pentru evaluare în vederea includerii în Lista, pentru indicații fără alternative terapeutice rambursate din bugetul FNUASS, DAPP să contribuie, pentru o perioadă limitată de timp, respectiv până la includerea efectivă în Lista sau până la emiterea Deciziei de neinclușdere în Lista, la cofinanțarea tratamentului persoanelor asigurate, prin partajarea cu CNAS a riscurilor legate de costurile ridicate ale tratamentului, eficiența terapeutică, aderența la tratament.

De asemenea, limita până la care CNAS este autorizată să negocieze și să încheie contracte cost volum/cost volum rezultat este prevăzută în legile bugetare anuale, care pot fi modificate doar prin legi de rectificare, dar această limită nu este credit de angajament sau credit bugetar, motiv care se impune identificarea unui nou mecanism prin care să poată fi modificată această limită, pentru a permite derularea continuă și în condiții de eficiență a proceselor de negociere.

- Prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice, pentru consolidare fiscală, combaterea evaziunii fiscale, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene, prevederile art. 154 alin. (1) din Codul fiscal referitoare la categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate au fost modificate în sensul asigurării concordanței cu dispozițiile Legii învățământului superior nr. 199/2023, cu modificările ulterioare în ceea ce privește studenții doctoranzi. Totodată, prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2024 privind unele măsuri pentru sprijinirea categoriilor de cupluri mamă-nou-născut defavorizate cu tichete sociale pe suport electronic acordate din fonduri externe nerambursabile pentru nou-născuți, pentru modificarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, precum și prorogarea unui termen, prevederile art. 154 alin. (1) lit. j) din Codul fiscal referitoare la categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate au fost modificate în sensul exceptării de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate a persoanelor aflate în concedii medicale în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile care nu sunt cuprinse în categoriile de venituri supuse contribuției de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 155 alin. (1) lit. i) din Codul fiscal.

Potrivit dispozițiilor art. 27⁹ alin. (1) și (2) din Legea nr. 196/2016 privind venitul minim de

incluziune, cu modificările și completările ulterioare, accesul la asistența pentru sănătate pentru persoanele care au dreptul la venitul minim de incluziune se asigură în condițiile stabilite de legislația privind asigurările sociale de sănătate.

Beneficiarii de ajutor de incluziune au calitatea de asigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor art. 154 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.

La data intrării în vigoare a Legii nr. 196/2016, cu modificările și completările ulterioare (1 ianuarie 2024), au încetat de drept drepturile de ajutor social stabilite în baza Legii nr. 416/2001, cu modificările și completările ulterioare.

În conformitate cu prevederile art. 95¹ alin. a) din actul normativ mai sus amintit, la data intrării în vigoare a legii, în cuprinsul actelor normative următoarele expresii se înlocuiesc: expresia "ajutor social" se înlocuiește cu expresia "ajutor de incluziune".

Astfel, persoanele fizice care beneficiază de ajutor de incluziune, au calitatea de persoane asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, fără plata contribuției.

Prin modificarea de la punctul 1 se înlocuiește ajutorul social cu venitul de incluziune, așa cum prevede Legea nr. 196/2016.

Având în vedere modificările aduse Codului fiscal prin Legea nr. 296/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare pentru asigurarea sustenabilității financiare a României pe termen lung, se impune corelarea prevederilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale Codului fiscal în ceea ce privește dobândirea calității de asigurat a persoanelor fizice care realizează venituri din categoriile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) – h) din Codul fiscal.

B. Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății

Protocoalele de acces timpuriu în rambursare reprezintă noi mecanisme de facilitare a accesului la medicamente, pentru o anumită categorie de pacienți și o perioadă limitată de timp, și se adresează acelor medicamente care nu sunt încă incluse în Lista aprobată prin HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru care au fost emise de către ANMMDMR, urmare evaluării tehnologiilor medicale, Decizii de includere în Lista sau medicamentelor autorizate de punere pe piață care au depășit la ANMMDMR documentația necesară în vederea evaluării tehnologiilor medicale dar aceasta nu a fost finalizată, pentru afecțiuni fără alternativă terapeutică țintită. Prin aceste noi mecanisme, DAPP, direct sau prin reprezentanții lor legali, până la includerea efectivă în rambursare, vor contribui la cofinanțarea tratamentului persoanelor asigurate, prin partajarea cu CNAS a riscurilor legate de costurile ridicate ale tratamentului, eficiența terapeutică, aderența la tratament.

Încă de la introducerea mecanismului de acces condiționat în Lista a medicamentelor prin contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, respectiv anul 2015, au fost stabilite 3 criterii de prioritizare pentru inițierea proceselor de negociere, respectiv: medicamente pentru afecțiuni în stadii evolutive de boală fără alternativă terapeutică în lista de medicamente, medicamente aprobate prin procedură de urgență de către Agenția Europeană a Medicamentelor, medicamente corespunzătoare DCI-urilor pentru tratament specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, prevăzute în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în Strategia națională de sănătate.

Aceste criterii au creat dificultăți Comisiilor de specialitate relevante ale Ministerului Sănătății în fundamentarea încadrării unui medicament într-unul din cele 3 criterii de prioritizare, în condițiile în care, ariile terapeutice aferente medicamentelor cu decizii de includere condiționată în Listă s-au diversificat, iar o parte din aceste medicamente nu se adresează unor boli cu impact major asupra sănătății publice, așa cum acestea sunt prevăzute în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în Strategia națională de sănătate. Totodată, deținătorii de autorizații

de punere pe piață prin reprezentanții lor legali au contestat frecvent informațiile transmise de Comisiile de specialitate relevante ale Ministerului Sănătății cu privire la încadrarea unor medicamente cu decizie de includere condiționată în Listă într-unul dintre criteriile de priorizare.

În anul 2020, procesul de evaluare a tehnologiilor medicale privind includerea, extinderea indicațiilor, neinclusiunea sau excluderea medicamentelor în/din Listă a fost ajustat în sensul în care:

- pentru medicamentele noi, pentru care se identifică un comparator relevant în Listă, la analiza privind costurile terapiei se acordă un punctaj diferențiat în funcție de impactul bugetar generat;
- pentru medicamentele noi, pentru tratamentul bolilor rare sau pentru stadii evolutive ale unor patologii pentru care DCI evaluată este singura alternativă terapeutică și pentru care nu există comparator relevant în Listă, se acordă un punctaj diferențiat în funcție de stadiul evolutiv al patologiei.

C. Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului

În prezent, în conformitate cu prevederile Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, Planul de prevenire și combatere a cancerului în România se finanțează de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății și din bugetul FNUASS, după caz, suma aprobată anual pentru finanțarea planului reprezintă cel puțin 20% din totalul fondurilor aprobate pentru desfășurarea programelor naționale de sănătate la nivel național de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

În Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România, la punctul II "Obiective specifice", este prevăzută acordarea unor tipuri de servicii de radioterapie, respectiv radioterapie stereotactică (SBRT), iradiere corporală totală și brahiterapie doar pentru anumite localizări tumorale maligne.

Astfel, serviciile de radioterapie stereotactică sunt prevăzute a fi acordate în următoarele tipuri de cancer: metastaze pulmonare și hepatice de cancer colorectal, metastaze ale cancerului de sân, cancerul bronhopulmonar.

Serviciile de iradiere corporală totală sunt prevăzute a fi acordate pentru cancerul pediatric.

Serviciile de radioterapie de tip brahiterapie sunt prevăzute a fi acordate în cancerul de prostată. La momentul actual în conformitate cu prevederile H.G. nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice este parte componentă din structura Programului național de oncologie, structura acestui subprogram fiind reglementată în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare.

Astfel, în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se decontează din bugetul FNUASS, respectiv din bugetul programelor naționale de sănătate curative derulate de CNAS următoarele tipuri de servicii de radioterapie: radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie cu modularea intensității (IMRT), brahiterapie, radioterapie stereotactică (SBRT), iradierea corporală totală sau derivate. Serviciile de radioterapie reprezintă o terapie specifică acordată, în mod de nediscriminator, tuturor pacienților cu afecțiuni oncologice care îndeplinesc criteriile de eligibilitate prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative. Totodată, aceste servicii de radioterapie se decontează la nivelul realizat din bugetul FNUASS, respectiv bugetul programelor naționale de sănătate curative. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice a fost implementat de către CNAS și derulat de furnizorii de servicii de radioterapie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate începând cu anul 2015, dată de la care tarifele nu au mai fost revizuite.

În anul 2023, Comisia de specialitate de radioterapie a Ministerului Sănătății a revizuit tarifele

serviciilor de radioterapie, fundamentând structura acestora care cuprinde cheltuieli de personal, cheltuieli cu materialele sanitare, utilități, mentenanță etc, cu înglobarea procentuală a costului aferent planului și simulării de tratament în costul fiecărei ședințe de tratament de iradiere. De asemenea, a propus ca serviciile de brahiterapie să fie diferențiate în cinci subtipuri în funcție de complexitate și localizare tumorală malignă, fiecare având un tarif pe ședință de iradiere. În prezent tariful serviciilor de radioterapie tip brahiterapie nu este actualizat în raport cu cheltuielile aferente directe și indirecte suportate de furnizorii de radioterapie, ceea ce crează nemulțumire din partea furnizorilor de servicii de radioterapie.

Ministerul Sănătății a transmis Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anul 2023 tarifele revizuite de către Comisia de specialitate de radioterapie a Ministerului Sănătății în vederea implementării. Tarifele astfel revizuite nu au fost implementate deoarece bugetul alocat pentru derularea programelor naționale de sănătate curative de către CNAS nu a permis actualizarea acestora.

Referitor la îngrijirile paliative acordate pacienților cu afecțiuni oncologice prevăzute în Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, precizăm faptul că proiectul finanțat din fonduri europene PAL-PLAN a fost finalizat la 31 decembrie 2023, în cuprinsul acestuia fiind elaborat și proiectul de Program național de îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu. Acest program are în structura sa 4 subprograme care asigură cadrul de reglementare pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și în spitalizarea de zi.

Măsurile prevăzute în cuprinsul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România care vizează aplicații inovative ale tehnologiei informației au o perioadă de implementare mai scurtă decât perioada stabilită pentru finalizarea unor proiecte europene care au ca obiectiv dezvoltarea de rețele întreconectate la nivel național și European, respectiv anul 2026.

D. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina

Prin OUG nr. 96/2024 a fost instituit un nou regim de sprijin și asistență umanitară pentru cetățenii străini sau apatrizii aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina și care intră în România. În ceea ce privește incidența asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate, s-a menținut dreptul acestor persoane, indiferent că acestea solicită sau nu o formă de protecție potrivit Legii nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare, de a beneficia de aceleași servicii medicale ca asigurații români, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile cuprinse în programele naționale de sănătate curative. Pentru aceste situații, au fost reglementate modalitățile de înregistrare, raportare și decontare a asistenței medicale acordate acestor persoane, CNAS punând la dispoziția furnizorilor în mod gratuit o aplicație informatică în acest sens.

E. Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice

- Potrivit dispozițiilor art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, astfel cum aceasta a fost modificată și completată prin OUG nr. 34/2016, „costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și are în vedere totalitatea cheltuielilor curente anuale ale căminului pentru persoane vârstnice, diminuate cu sumele primite din Fondul național unic de asigurări de sănătate, pentru finanțarea drepturilor de personal ale personalului medical și a medicamentelor.”

Anterior adoptării modificărilor prin O.U.G. nr. 34/2016, art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, prevedea: „Costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și are în vedere cheltuielile

de întreținere, pentru hrană și gospodărie, obiecte de inventar, echipament și cazarmament, materiale sanitare și altele asemenea, în conformitate cu clasificarea bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale.”

Potrivit dispozițiilor art. 220 alin. (1) și art. 229 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit prezentei legi, iar drepturile asiguraților se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual. Contractul-cadru reglementează între altele, în principal, condițiile acordării asistenței medicale cu privire la modalitățile de plată utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop.

Totodată, art. 261 alin. (2) din același act normativ, prevede că modalitatea de decontare a serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale se stabilește prin contractul-cadru.

În acest context legal, decontarea din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a medicamentelor și serviciilor medicale acordate persoanelor vârstnice îngrijite, operează doar pentru furnizorii de servicii medicale și medicamente care au încheiate contracte cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Astfel, având în vedere faptul că dispozițiile OUG nr. 34/2016 pentru modificarea și completarea Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice nu pot fi puse în aplicare întrucât bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu constituie sursă de venit pentru drepturile de personal ale personalului medical care își desfășoară activitatea în căminele pentru persoane vârstnice și nici pentru medicamentele acordate în căminele pentru persoane vârstnice, propunem revenirea la cuprinsul art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, anterior intrării în vigoare a OUG nr. 34/2016.

F. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

- Având în vedere solicitările formulate atât de medicii curanți, de organizațiile profesionale ale acestora, cât și de casele de asigurări de sănătate, este necesară intervenția normativă în sensul clarificării modalității de eliberare de către plătitorii de indemnizații a adeverințelor din care reiese numărul de zile de concediu de incapacitate temporară de muncă avute în ultimele 12/24 luni, de asigurării care necesită eliberarea de certificate de concediu medical.
- Stagiul minim de asigurare pentru acordarea concediilor medicale, este de 6 luni realizate în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă certificatul de concediu medical inițial. Astfel, se aduce o modificare care clarifică faptul că stagiul minim de asigurare trebuie îndeplinit la acordarea certificatului de concediu medical.

G. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative

La art. IX alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, se prevede faptul că pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice,

boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

Prevederile art. 5 alin. (1) și (2) din Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, stabilesc faptul că Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România se finanțează de la bugetul de stat prin bugetul Ministerul Sănătății și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după caz, conform prevederilor art. 58 și ale art. 271 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Suma aprobată anual pentru finanțarea planului național reprezintă cel puțin 20% din totalul fondurilor aprobate pentru desfășurarea programelor de sănătate la nivel național de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Fondurile necesare pentru acordarea și decontarea la nivelul realizat a serviciilor și investigațiilor medicale prevăzute în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România se aprobă prin legile bugetare anuale, atât în bugetul FNUASS, cât și în bugetul Ministerului Sănătății, după caz. Sumele aprobate prin legile bugetare anuale pot fi modificate în cursul exercițiului bugetar, cu respectarea regulilor și a condițiilor prevăzute de lege.

Potrivit dispozițiilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023 privind punerea în aplicare a prevederilor art. IV din Ordonanța Guvernului nr. 26/2023 pentru modificarea art. 942 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, persoanele prevăzute la art. 4 alin. (1) din Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de servicii medicale de prevenire, diagnostic și tratament al cancerului, de servicii de îngrijire, inclusiv îngrijiri paliative, de servicii conexe actului medical, cuprinse în Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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 și a normelor sale de aplicare, precum și în condițiile prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și a normelor tehnice de aplicare a acestora. Asigurarea serviciilor medicale necesare în vederea diagnosticului de cancer pentru persoanele care nu beneficiază de asigurare socială de sănătate se realizează de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Potrivit art. 218 alin. (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul fondului, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

H. Prorogarea unor termene

- Pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 230 alin. (2¹) - (2³) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, a fost reglementat un mecanism gradual, de la 1 iulie 2021 fiind implementate, în legislația subsecventă care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prevederile prin care asigurații care optează să beneficieze de unele servicii medicale de spitalizare continuă acordate de furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pot plăti o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tarifele serviciilor medicale acordate de furnizorii privați și tarifele suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Punerea în aplicare a prevederilor referitoare la serviciile acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate, potrivit art. 230 alin. (2⁶) din actul normativ mai sus menționat se realizează în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2025.

- La art. 386 alin. (5) și (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se prevede că, în vederea exercitării dreptului de liberă practică, casele de asigurări de sănătate încheie un contract cu medicul specialist într-o specialitate clinică, pentru specialitățile clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin hotărâre a Guvernului, care se elaborează cu consultarea Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Stomatologi din România și Colegiului Farmaciștilor din România, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2025.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescripțiile medicale, biletele de trimitere pentru specialități clinice și biletele de trimitere pentru investigații paraclinice sunt eliberate numai ca urmare a serviciilor medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, respectiv consecință a consultației raportate în platforma informatică din asigurările sociale de sănătate (PIAS).

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, toți furnizorii de servicii medicale care eliberează prescripții medicale, precum și bilete de trimitere pentru specialități clinice și paraclinice au obligații unitare, fără nicio discriminare, respectiv:

- să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament. În consecință, toți medicii specialiști au posibilitatea și obligația de a verifica calitatea de asigurat prin intermediul instrumentelor reglementate de lege;
- să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate;
- să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

2.3. Schimbări preconizate

A. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

- Pentru gestionarea eficientă a bugetului programelor naționale de sănătate curative de către furnizorii de servicii medicale, precum și de către furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele cu tulburări din spectrul autist, este necesar ca fiecare program/subprogram/activitate, după caz, să aibă asigurată coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea și derularea programelor naționale de sănătate curative cu participarea experților coordonatori de program/subprogram/activitate, după caz, la nivel național, iar la nivelul unităților de specialitate acesta să fie realizată de către responsabili de program/subprogram/activitate, după caz, desemnați de către conducătorul respectivei unități de specialitate. Atribuțiile coordonatorilor, respectiv ale responsabililor de program/subprogram/activitate, se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

- Prin proiectul de act normativ se pun în concordanță dispozițiile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu dispozițiile Legii 293/2022 cu modificările și completările ulterioare. Astfel în cuprinsul Titlului II al Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, s-au realizat o serie de modificări și completări care să creeze cadrul normativ pentru implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu și derularea acestuia prin casele de asigurări de sănătate, respectiv:

- definirea serviciilor de îngrijiri paliative,
- nominalizarea tipului de unitate de specialitate care poate acorda servicii de îngrijiri paliative în cadrul programelor naționale de sănătate curative (medici de familie, furnizori publici și privați de îngrijiri paliative),

- reglementarea tipului de contract care se poate încheia între unitățile de specialitate și casele de asigurări de sănătate pentru implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu (contracte de natură civilă, multianuale).

Față de cele expuse mai sus precizăm faptul că, îngrijirea paliativă este un tip de îngrijire care combină intervenții și tratamente având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice. În funcție de nivelul de complexitate a îngrijirilor paliative, îngrijirea paliativă poate fi:

- de bază acesta fiind îngrijirea și suportul acordat pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora de către personalul medical din asistența primară, cu instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative,

- îngrijirea paliativă specializată care este îngrijirea asigurată de furnizori autorizați pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, prin echipe multidisciplinare formate din personal cu studii aprofundate în domeniul paliativei, potrivit Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

Totodată, prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024 a fost prevăzută finanțare pentru implementarea acestui program național, raportat la infrastructura existentă în România, atât din punct de vedere al existenței furnizorilor de îngrijiri paliative, cât și a resurselor umane de specialitate în îngrijiri paliative.

- Se creează cadrul legal pentru ca adolescenții și adulții tineri, cu vârsta cuprinsă între 15 și 21 de ani, să poată beneficia de servicii medicale acordate atât în spitalele de adulți, cât și în cele de copii.

- Pentru asigurarea accesului la serviciile medicale acordate în cadrul consorțiilor medicale pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prin proiectul de ordonanță se menționează expres posibilitatea derulării de relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, cu respectarea condițiilor stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

- Prin proiectul de act normativ se asigură implementarea unui nou mecanism de facilitare a accesului la medicamente. Astfel, se reglementează un nou tip de protocoale de acces timpuriu în rambursare a medicamentelor, pentru indicații aprobate fără alternativă terapeutică în lista de medicamente, derulate pentru o perioadă limitată de timp, prin partajarea riscurilor între DAPP și CNAS. Totodată, se asigură temeiul legal de nivel primar pentru stabilirea prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a mecanismelor de acces facilitat și a metodologiilor de încheiere și monitorizare a modului de implementare și derulare a acestora.

- Totodată, se asigură implementarea unui mecanism prin care să poată fi modificată limita până la care CNAS este autorizată să negocieze și să încheie contracte cost volum/cost volum rezultat, pentru a permite derularea continuă și în condiții de eficiență a proceselor de negociere, în situația în care, în exercitiul bugetar nu sunt aplicabile prevederile Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare referitoare la legile de rectificare. Astfel, se reglementează posibilitatea de modificare prin ordonanță de urgență a Guvernului a limitei până la care CNAS este autorizată să negocieze și să încheie contracte cost volum/cost volum rezultat, în condițiile în care, până la data de 30 septembrie, legea bugetară anuală nu este modificată prin lege de rectificare, potrivit Legii nr. 500/2002, cu modificările și completările ulterioare.

- Se asigură concordanța dispozițiilor normative de nivel primar referitoare la acordarea calității de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prevăzute la art. 224 alin. (1) din Legea

nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale Legii nr. 196/2016, precum și cu cele ale Codului fiscal, astfel cum acesta a fost modificat și completat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2023 și Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2024.

Totodată, se asigură concordanța dispozițiilor referitoare la dobândirea calității de asigurat a persoanelor fizice care realizează venituri din categoriile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) – h) din Codul fiscal, având în vedere modificările aduse acestui din urmă act normativ prin Legea nr. 296/2023.

B. Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății

Având în vedere:

- introducerea unui nou mecanism de acces facilitat în rambursare a medicamentelor autorizate de punere pe piață;
- modificările intervenite în procesul de evaluare a tehnologiilor medicale privind includerea, extinderea indicațiilor, neincluderea sau excluderea medicamentelor în/din Lista de medicamente;
- necesitatea utilizării eficiente a bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- diversificarea ariilor terapeutice aferente medicamentelor noi pentru care sunt emise decizii de includere condiționată în Listă, arii terapeutice care nu sunt prevăzute în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în Strategia națională de sănătate;
- necesitatea asigurării continuității tratamentului cu medicamentele deja incluse condiționat în Listă, în baza deciziei/deciziilor de includere condiționată emise de către ANMDMR, medicamente pentru care se impune reluarea proceselor de negociere a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat anterior încetării termenului de valabilitate a acestora,

prin proiectul de act normativ se reglementează următoarele:

- exceptarea deținătorilor de punere pe piață a medicamentelor care încheie protocoale de acces timpuriu în rambursare de la plata contribuțiilor trimestriale reglementate de OUG nr 77/2011, respectiv contribuția trimestrială clawback și contribuția trimestrială cost-volum/cost-volum-rezultat;
- în limita maximă a sumei prevăzută prin legile bugetare anuale, până la care CNAS este autorizată să negocieze și să încheie contracte cost volum/cost volum rezultat, urmează să se deruleze prioritar procesele de negociere pentru medicamentele deja incluse condiționat în Lista de medicamente;
- modificarea criteriilor de prioritizare în baza cărora se poate iniția procesul de negociere a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat în vederea includerii în rambursare a medicamentelor noi cu decizie/decizii de includere condiționată în Listă și aplicarea acestora și pentru medicamentele pentru care nu s-a inițiat încă procesul de negociere în vederea încheierii unor contracte cost-volum/cost-volum-rezultat.

Prin modificarea criteriilor de prioritizare se va urmări accesul prioritar în negociere și implicit în rambursare a medicamentelor care generează economii la bugetul FNUASS, fiind atins astfel obiectivul de utilizare eficientă a resurselor alocate. Totodată, în condițiile în care rapoartele de evaluare HTA sunt publice, se elimină arbitrariul în stabilirea criteriului de prioritizare pentru negociere, care de cele mai multe ori nu poate fi fundamentat de către Comisiile de specialitate relevante ale Ministerului Sănătății, fiind astfel creată premisa de transparență și predictibilitate în accesul la procesul de negociere a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Totodată, se reglementează o normă tranzitorie privind derularea proceselor de negociere și pentru acele medicamente care au obținut decizie de includere condiționată în Lista de medicamente, dar pentru care, până la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, nu s-a inițiat procesul de negociere în vederea încheierii contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

C. Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului

- Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice derulat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cuprinde mai multe tipuri de servicii de radioterapie care pot fi acordate tuturor pacienților cu afecțiuni oncologice care îndeplinesc criteriile de eligibilitate specifice pentru a beneficia de un anumit tip de serviciu de radioterapie. Prin urmare, este imperios necesar ca Planul de prevenire și combatere a cancerului în România să cuprindă la punctul I "Obiective generale" toate tipurile de servicii de radioterapie care pot fi acordate pacienților cu afecțiuni oncologice, indiferent de localizarea tumorală malignă, dacă aceștia îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de un anumit tip de serviciu de radioterapie decontat din bugetul FNUASS, respectiv din bugetul programelor naționale de sănătate curative. Abordarea din punct de vedere medical, în general a pacientului, raportat la prevenție, depistare precoce, diagnosticare, tratament și paliative presupune un management integrat al cazului și în special pentru pacienții beneficiari ai reglementărilor prevăzute în Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

În acest sens, serviciile de radioterapie este necesar să fie prevăzute în integralitatea lor în cuprinsul Planului de prevenire și combatere a cancerului în România, ca o opțiune de tratament specific pentru toți pacienții cu afecțiuni oncologice, pentru orice tip de localizare tumorală malignă cu condiția ca aceștia să îndeplinească criteriile de eligibilitate aferente acordării unui anumit tip de serviciu de radioterapie. Referitor la tarifele serviciilor de radioterapie precizăm că serviciile de radioterapie stereotactică prevăzute în Planul de prevenire și combatere a cancerului în România au fost elaborate și fundamentate de către Ministerul Sănătății, respectiv Comisia de specialitate de radioterapie a Ministerului Sănătății, acestea fiind implementate începând cu data de 1 octombrie 2023. Tarifele serviciului de radioterapie iradiere corporală și derivate a fost fundamentat raportat la tariful serviciului de radioterapie tip IMRT existent din anul 2015 deoarece în anul 2023 constrângerile bugetare nu au permis revizuirea tarifelor celorlalte servicii de radioterapie inclusiv a serviciului de tip IMRT.

- Cu privire la îngrijirile paliative acordate pacienților oncologici, prevăzute în Planul de prevenire și combatere a cancerului în România, acestea au fost structurate în cadrul Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu care a fost elaborat prin proiectul PAL-PLAN. Pentru o creștere a accesului pacienților oncologici la îngrijirile paliative pe domenii de asistență este necesară implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și derularea acestuia prin casele de asigurări de sănătate.

Totodată, în Anexă, la pct. I. "Obiective generale" lit.A "Prevenția" pct. 2. "Realizarea unei rețele interconectate la nivel național și sistemele de conectare în rețea ale UE" Obiective pct. 2. "Integrarea centrelor naționale de cancer în rețelele europene", perioada de implementare aferentă Măsurii c) "Permiterea schimbului și recunoașterii între statele membre a prescripțiilor electronice și a rezumatului dosarului pacientului" se propune a fi "2023 – 2026", deoarece proiectul de dezvoltare al rețelei transfrontaliere (RO-EP) și proiectul de dezvoltare al sumarului pacientului, accesibil de pe teritoriul oricărui stat membru (RO-PS), semnate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu Comisia Europeană și finanțate sub formă de grant, au data de finalizare a implementării anul 2026.

De asemenea, în Anexă, la pct. I. "Obiective generale" lit.B "Diagnosticarea" pct. 4. "Realizarea unui registru național de cancer funcțional, cu subregistre pentru toate localizările, precum și implementarea dosarului electronic al pacientului, în acord cu spațiul european de date medicale" Obiective pct. 3. "Operaționalizarea dosarului electronic de sănătate (DES), în acord cu specificațiile Comisiei Europene din spațiul european de date pentru sănătate", perioada de implementare aferentă Măsurilor a) "Realizarea unui audit tehnic cu privire la statutul DES" și b) "Analiza nevoii de componente hardware și software pentru ca DES să devină funcțional în conformitate cu cerințele europene" propune a fi "2023 – 2026", deoarece proiectul de dezvoltare al dosarului electronic de sănătate prin extinderea acestuia la toți furnizorii de servicii medicale este în curs de finalizare a

actualizării studiului de fezabilitate, necesar în vederea depunerii dosarului de finanțare. Estimăm că depunerea dosarului va fi posibilă în luna aprilie 2024, iar perioada de dezvoltare a acestui proiect este preconizată de 30 de luni, respectiv anul 2026.

Se elimină sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" din coloana aferentă instituțiilor responsabile din cuprinsul anumitor obiective deoarece măsurile aferente realizării acestor obiective nu intră în domeniul de competență al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

D. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina

Prin proiectul de act normativ se reglementează modalitatea de gestionare a activității desfășurată de furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care acordă asistență medicală cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina și în situațiile în care sunt constatate întreruperi în funcționarea aplicației informatice pusă la dispoziție de către CNAS.

E. Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice

- Prin prezentul proiect de act normativ se asigură corelarea prevederilor art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu dispozițiile art. 258 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere faptul că din FNUASS nu se suportă sume pentru finanțarea drepturilor de personal ale personalului medical și a medicamentelor din căminele pentru persoane vârstnice.

În consecință, prin proiectul de act normativ se reglementează ca la stabilirea costului mediu lunar de întreținere să fie avute în vedere cheltuielile de întreținere, pentru hrană și gospodărie, obiecte de inventar, echipament și cazarmament, materiale sanitare și altele asemenea, în conformitate cu clasificția bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale.

F. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

- Se asigură clarifică modalitatea de eliberare de către plătitorii de indemnizații a adeverințelor din care reiese numărul de zile de concediu de incapacitate temporară de muncă avute în ultimele 12/24 luni, de asigurării care necesită eliberarea de certificate de concediu medical.

- Pentru a asigura corecta aplicare a normei de nivel primar instituită la art. 7 din OUG nr. 158/2005, este necesară dezvoltarea și detalierea soluțiilor în legislația subsecventă ținând cont de pluralitatea situațiilor de fapt existente în practică, funcție de fiecare tip de concediu medical și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, la care au dreptul asigurării, în condițiile acestui act normativ.

G. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative

Se asigură corelarea dispozițiilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 44/2022 cu cele ale Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, în ceea ce privește reglementarea sursei de finanțare pentru serviciile monitor acordate persoanelor cu boli oncologice.

H. Prorogarea unor termene

- Se propune prorogarea termenului de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală,

care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate, în condițiile în care aceștia optează ca aceste servicii să fie acordate de furnizori privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Astfel, se propune ca termenul de intrare în vigoare a reglementărilor privind contribuția personală pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate să fie de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul 2027, determinat de necesitatea asigurării dreptului pentru asigurați de a avea acces la servicii medicale ambulatorii fără contribuție personală, întrucât în condițiile în care asiguratul nu poate suporta contribuția personală și în condițiile în care nu va avea asigurat accesul la furnizorii publici, acesta va accesa serviciile medicale cu întârziere față de momentul nevoii de astfel de servicii, ceea ce conduce în mod direct la agravarea stării de sănătate a asiguratului, respectiv prejudiciază cu efecte pe termen lung sănătatea populației.

Lipsa promovării acestui act normativ ar conduce la obligarea persoanelor asigurate la plata unei contribuții personale. Astfel, o consecință directă va fi crearea de liste lungi de așteptare la nivelul unităților sanitare publice, asigurații fiind nevoiți să se adreseze furnizorilor privați pentru acordarea de servicii medicale, pentru care vor plăti contribuție personală.

Având în vedere faptul că din cei 3.989 de furnizori care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, 88% sunt privați (3.516 sunt furnizori privați), iar din cei 1.061 de furnizori care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, 76% sunt privați (806 sunt furnizori privați), persoanele cu venituri mici nu vor putea accesa serviciile de îngrijire a sănătății la momentul nevoii, cu toate că sunt asigurate, starea de sănătate va fi agravată conducând ulterior la necesitatea internării în spital cu cheltuieli mult mai mari pentru tratament, recuperare și îngrijiri de sănătate pe termen lung.

Totodată, majoritatea furnizorilor de servicii medicale ambulatorii fiind privați, nevoia de servicii de sănătate va genera costuri substanțiale chiar și pentru asigurații cu venituri medii, grevând bugetul acestora și a familiilor lor, ceea ce va crește povara financiară concomitent cu scăderea nivelului de trai.

Norma în vigoare nu face excepție pentru categorii vulnerabile de asigurați, precum copiii, gravidele, persoanele cu dizabilități, ceea ce ar putea conduce la scăderea indicatorilor de sănătate a populației, inclusiv a speranței de viață.

Ținând cont de caracteristicile socio-demografice actuale ale populației României, potrivit cărora România înregistrează cea mai mare rată a sărăciei dintre statele membre UE - peste 35% din populație este la risc de excluziune socială datorat sărăciei, față de media UE de aprox. 22% (2017), precum și de caracteristici ale sistemului medical din România, potrivit cărora cheltuielile pentru serviciile spitalicești sunt mult mai ridicate decât media UE (Ro 44% vs UE 28%) în detrimentul altor funcții - în special asistența medicală ambulatorie (Ro 18% vs UE 29%), în condițiile în care disponibilitatea oamenilor de a plăti pentru servicii de sănătate este limitată - plățile directe sunt peste media UE (Ro 21% vs UE 15%), se propune prorogarea contribuției personală, care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate, în condițiile în care aceștia optează ca aceste servicii să fie acordate de furnizori privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, deoarece conduce la afectarea calității vieții asiguraților, a aparținătorilor acestora, cu consecințe inclusiv de natură socială, economică și în multe cazuri asociindu-se chiar cu scurtarea vieții pacienților.

- Se propune prorogarea termenului de aplicare a prevederilor cu privire la încheierea de către casele de asigurări de sănătate a contractelor cu medicul specialist într-o specialitate clinică pentru specialitățile clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii

medicale, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul FNUASS. Termenul de intrare în vigoare a acestor reglementări urmează să fie la 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul 2027.

Punerea în aplicare a prevederilor art. 386 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate conduce la migrarea furnizorilor aflați în relație contractuală cu casele de asigurări sociale de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale de specialitate, ceea ce ar conduce la îngreunarea accesului la servicii de protecție a sănătății populației, persoanele asigurate urmând să plătească contravaloarea consultațiilor acordate în sistem privat, astfel încât este necesară respectarea principiilor și obiectivelor asigurărilor sociale de sănătate prin asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu față de cheltuieli suplimentare pentru plata serviciilor medicale de care ar avea nevoie în ambulatoriu, în condițiile utilizării eficiente a FNUASS, cu respectarea prevederilor art. 219 alin. (2) lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru respectarea regulilor referitoare la structura de securitate a PIAS, este necesară analiza, identificarea de soluții și / sau, după caz, dezvoltarea de proiecte, prin care aceste dispoziții să fie implementate în mod corespunzător.

Luând în considerare faptul că insuficiența fondurilor alocate bugetului fondului poate conduce la neacordarea serviciilor acordate de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate recomandate prin biletele de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, acest lucru ar conduce la încălcarea drepturilor prevăzute de lege de care beneficiază persoanele asigurate și la lipsa unui control asupra cheltuielilor suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

În plus, necesitatea implementării unor măsuri de control care implică dezvoltări ale Platformei informatice din asigurările de sănătate, generează cheltuieli suplimentare care impactează negativ bugetul FNUASS. În condițiile în care nu ar fi implementate în sistemul informatic unic integrat (SIUI, componentă din PIAS) reguli de validare speciale, serviciile medicale și medicamentele acordate în baza unor bilete de trimitere sau prescripții medicale de către medici specialiști care nu se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale, nu ar putea fi recunoscute și validate de sistemul informatic unic integrat.

Prin urmare, punerea în aplicare a prevederilor alin. (5) al art. 386 Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare generează cheltuieli suplimentare asupra bugetului FNUASS. Necunoașterea numărului de medici specialiști într-o specialitate clinică pentru specialitățile clinice care ar putea intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul FNUASS conduce la imposibilitatea de a stabili impactul financiar.

2.4 Alte informații

Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic

3.1 Descrierea generală a beneficiilor și costurilor estimate ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ

3.2 Impactul social

3.3 Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului

3.4 Impactul macroeconomic

3.4.1 Impactul asupra economiei și asupra principalilor indicatori macroeconomici

3.4.2 Impactul asupra mediului concurențial și domeniul ajutoarelor de stat

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.5. Impactul asupra mediului de afaceri

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.6 Impactul asupra mediului înconjurător

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.7 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării

3.8 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile

3.9 Alte informații

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), inclusiv informații cu privire la cheltuieli și venituri

Modificarea vizează clarificarea cadrului legislativ și armonizarea dintre legi, fără a implica costuri directe sau indirecte pentru administrație.

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2					7

4.1 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

d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)

4.2 Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care:

a) buget de stat, din acesta:

(i) cheltuieli de personal

(ii) bunuri și servicii

b) bugete locale:

(i) cheltuieli de personal

(ii) bunuri și servicii

c) bugetul asigurărilor sociale de stat:

(i) cheltuieli de personal

(ii) bunuri și servicii

d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)

4.2 Impact financiar, plus/minus, din care:

a) buget de stat

b) bugete locale

4.4 Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare

4.5 Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	
4.6 Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	
4.7 Prezentarea, în cazul proiectelor de acte normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente: a) fișa financiară prevăzută la art.15 din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, însoțită de ipotezele și metodologia de calcul utilizată; b) declarație conform căreia majorarea de cheltuială respectivă este compatibilă cu obiectivele și prioritățile strategice specificate în strategia fiscal-bugetară, cu legea bugetară anuală și cu plafoanele de cheltuieli prezentate în strategia fiscal-bugetară.	
4.8 Alte informații Prezentul proiect de act normativ nu are impact bugetar asupra bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024 au fost aprobate credite de angajament în valoare de 51.907,00 mii lei pentru implementarea și derularea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu. În ceea ce privește reglementarea posibilității derulării de relații contractuale între consorțiile medicale și casele de asigurări de sănătate, menționăm că aceasta se va efectua cu încadrarea în sumele alocate asistenței medicale prin legile bugetare anuale.	
Secțiunea a 5-a	
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare	
5.1 Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ Vor fi modificate următoarele acte normative: - Hotărârea de Guvern nr. 423/2022 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate - Hotărârea de Guvern nr. 521/2023 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 - Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul președintelui CNAS nr. 180/2022. - Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023	
5.2 Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice	
5.3 Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația UE (în cazul proiectelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE). 5.3.1 Măsuri normative necesare transpunerii directivelor UE 5.3.2 Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE	
5.4 Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	
5.5 Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente asumate	
5.6. Alte informații	
Secțiunea a 6-a	
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ	
6.1 Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative	

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

CNAS a solicitat Colegiului Medicilor din România punctul de vedere, din perspectiva limitelor competențelor profesionale generate de curricula de pregătire aferentă specialității, cu privire la:

- posibilitatea acordării de servicii medicale de către medici cu specialitatea pediatrie unor persoane cu vârsta de peste 18 ani, care, datorită afecțiunilor de care suferă, au dezvoltarea psiho-somatică caracteristică persoanelor cu vârsta de sub 18 ani sau unor persoane care, deși au împlinit vârsta de 18 ani, solicită continuarea tratării și monitorizării în secțiile de pediatrie a afecțiunii de care suferă din copilărie (pentru că nu există medic specialist în localitatea lor de domiciliu care să poată acorda serviciile medicale corespunzătoare pentru o boală rară, de exemplu)

- posibilitatea acordării de servicii medicale de către medici care își desfășoară activitatea în secții de adulți unor copii cu vârstă mai mare sau egală cu 16 ani (de exemplu, un copil de 16 ani care necesită o intervenție chirurgicală la nivelul cordului care, datorită dezvoltării sale psiho-somatice caracteristică persoanelor cu vârsta de peste 18 ani, nu se poate realiza decât într-o secție de chirurgie cardiovasculară adulți).

Prin adresa nr. 6143/04.07.2024, Colegiul Medicilor din România consideră că sunt necesare modificări în normele legale în privința conținutului curriculumului de pregătire în aceste specialități în sensul reglementării posibilității de a acorda îngrijiri și copiilor, adolescenților și adulților tineri în situații generale sau speciale, după caz, în concordanță cu obiectivele UEMS de formare a specialiștilor în domeniul îngrijirii adolescenților și adulților tineri, pentru a oferi, pe lângă cadrul profesional și cadrul legal de exercitare a profesiei. De asemenea, CMR consideră necesară modificarea Legii nr. 95/2006 privind organizarea și funcționarea spitalelor.

6.3 Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale

6.4 Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative

6.5 Informații privind avizarea de către:

- a) Consiliul Legislativ
- b) Secretariatul General al Guvernului
- c) Consiliul Suprem de Apărare a Țării
- d) Consiliul Economic și Social
- e) Consiliul Concurenței
- f) Curtea de Conturi

6.6 Alte informații

Secțiunea a 7-a

Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ

7.1 Informarea societății civile cu privire la elaborarea proiectului de act normativ

7.2 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.

Secțiunea a 8-a

Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea proiectului de act normativ

8.1 Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ

8.2 Alte informații.

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății



Ministrul Sănătății
Alexandru RAFILA

Avizatori:
VICEPRIM-MINISTRU
Marian Neacșu

Viceprim-ministru
Ministrul Afacerilor Interne,
Marian-Cătălin PREDOIU

Ministrul justiției,
Alina-Ștefania GORGHIU

Ministrul finanțelor,
Marcel-Ioan BOLOȘ

Ministrul muncii și solidarității sociale
Simona BUCURA – OPRESCU

Ministrul Apărării Naționale,
Angel TÎLVĂR

Directorul Serviciului Român de Informații
Răzvan IONESCU

Directorul Serviciului de Informații Externe,
Gabriel VLASE

Președintele Academiei Române
Academician Ioan Aurel POP

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Mihaela ION
Director General