



Nr. 568

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL**

28.05.2020

CĂTRE,

**SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DOMNULUI SECRETAR GENERAL ANTONEL TĂNASE**

Initiator: Ministerul Sănătății

Titlul proiectului: *Hotărâre privind completarea Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, pentru stabilirea unor măsuri în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2*

Vă transmitem, alăturat, proiectul de *Hotărâre privind completarea Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, pentru stabilirea unor măsuri în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2*, în vederea înscrierii pe agenda reuniunii pregătitoare, litera c).

Proiectul de act normativ/document de politici publice a fost transmis în vederea avizării de către: Viceprim-ministru, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Ministerul Finanțelor Publice și Ministerul Justiției.

Documentul în format electronic poate fi consultat atât pe site-ul instituției noastre, cât și pe cel al Secretariatului General al Guvernului.

Cu deosebită considerație,



Secretar general
Nicoleta Rusu
Nicoleta Rusu

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

SECȚIUNEA 1

TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

HOTĂRÂRE

privind completarea Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, pentru stabilirea unor măsuri în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2

SECȚIUNEA A 2-A

MOTIVUL EMITERII ACTULUI NORMATIV

Asigurarea continuității în acordarea asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate și pentru coroborarea cu dispozițiile OUG nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, cu modificările ulterioare.

1. Descrierea situației actuale

- În prezent:
 - Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt stabilite prin H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, cu modificările ulterioare, a cărei aplicabilitate este prelungită până la data de 31 decembrie 2020.
 - În conformitate cu dispozițiile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se aprobă prin hotărâre a Guvernului.
 - Până la data de 15 mai 2020 au fost aplicabile reglementări specifice aprobate prin acte normative pentru perioada stării de urgență. Prin OUG nr. 70/2020, cu modificările ulterioare, au fost reglementate măsuri, inclusiv în domeniul sănătății, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2

2. Schimbări preconizate

Art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reglementează în mod expres faptul că drepturile asiguraților se stabilesc prin Contractul-cadru, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului în cadrul căreia sunt cuprinse pachetele de servicii medicale și a condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Prin proiectul de act normativ se propune:

I. Introducerea unor reglementări privind acreditarea/înscrierea în procesul de acreditare a unor categorii de furnizori, astfel:

Categoriile de furnizori care trebuie să facă dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, în coroborare cu prevederile art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și cele ale art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt:

a. furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară – cu excepția cabinetelor medicale

care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b. furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare – cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c. furnizorii de servicii de medicină dentară - cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

d. furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară;

e. unitățile sanitare cu paturi, inclusiv sanatoriile și preventoriile;

f. unitățile specializate private care furnizează consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat;

g. furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

h. furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;

i. furnizorii care fabrică dispozitive medicale la comandă, precum și pentru furnizorii care desfășoară atât activitate de comercializare a dispozitivelor medicale cât și de fabricare a dispozitivelor medicale la comandă.

Documentele prin care se face dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare se transmit/se depun la casele de asigurări de sănătate până cel târziu la data de 15 iunie 2020, cu mențiunea că acreditarea/înscierea în procesul de acreditare reprezintă o condiție pentru unele categorii de furnizori pentru anul 2020, potrivit Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

II. Reglementarea unor măsuri în ceea ce privește acordarea și decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, pentru a asigura limitarea răspândirii infecției cu noul coronavirus în rândul populației, până la data de 30 septembrie 2020, cu unele excepții, după cum urmează:

1. În aplicarea reglementărilor art. 10 alin. (2) și (3) din OUG 70/2020, cu modificările ulterioare, și pentru a asigura o trecere graduală de la încetarea stării de urgență, în cadrul căreia serviciile medicale au fost acordate fără validarea acestora cu cardul național de asigurări de sănătate, și a limita riscul iminent asupra stării de sănătate a populației urmare a evoluției ulterioare a epidemiei - pentru domeniile de asistență medicală primară și asistență medicală ambulatorie de specialitate nu va fi utilizat cardul național de asigurări de sănătate până la data de 30 septembrie 2020, iar serviciile acordate de către unitățile sanitare cu paturi, furnizorii de investigații paraclinice, furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de servicii stomatologice, furnizorii de dispozitive medicale și furnizorii de medicamente, serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale în ambulatoriu vor fi validate cu cardul național de asigurări de sănătate începând cu data de 1 iulie 2020.

De asemenea, nu este obligatorie transmiterea în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în termen de 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării, a serviciilor medicale și îngrijirilor la domiciliu, respectiv a dispozitivelor medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, înregistrate/eliberate off-line.

2. Contractele/actele adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă, în aplicarea prevederilor OUG nr. 38/2020 privind utilizarea înscrisurilor în formă electronică la nivelul autorităților și instituțiilor publice și în scopul asigurării distanțării sociale în actualul context epidemiologic.

3. Pentru limitarea infectării cu coronavirusul SARS-CoV-2 în rândul populației, au fost prevăzute o serie de măsuri, respectiv:

- o medicii din spital pot elibera, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, pentru o perioadă de până la 90 de zile, cu excepția

medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultatat pentru care durata de prescriere este de până la 30 de zile. Pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, cost-volum-rezultatat durata de prescriere este de până la 30 de zile având în vedere că aceste medicamente sunt foarte scumpe și pacientul trebuie monitorizat la 30 de zile.

- o prezentarea de documente necesare asiguratului pentru obținerea unor drepturi, la casele de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau prin depunerea acestora de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloace electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților;
- o serviciile medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, precum și cele de îngrijiri paliative în ambulatoriu se acordă fără a mai fi necesară prezentarea biletului de trimitere.

4. În aplicarea reglementărilor art. 10 alin. (9) din OUG nr. 70/2020, cu modificările ulterioare, este necesar ca medicii de familie să poată prescrie medicamente din Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, pentru care există restricții de prescriere, astfel încât asigurații cu boli cronice să poată beneficia la timp de medicația necesară:

- medicii de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emisă de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu * din Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare; pentru medicamentele notate cu * inițierea prescrierii se putea face numai de către medicul specialist;

- medicul de familie poate emite prescripție medicală, în continuare, pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de medicul specialist - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care până la data instituirii stării de urgență erau prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în H.G. nr.720/2008, cu modificările și completările ulterioare și în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008 cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție medicamentele/materialele sanitare utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi; medicamentele/materialele sanitare eliberate prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi nu pot fi prescrise de medicii de familie – aceștia pot prescrie medicamente în regim ambulatoriu care se eliberează doar prin farmacii cu circuit deschis;

- pentru medicamentele notate cu (**), (**¹), (**¹Ω) și (**¹β) în Lista de medicamente aprobată prin HG nr 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, detalierea modalității de prescriere se realizează prin normele metodologice de aplicare a HG nr. 140/2008, cu modificările și completările ulterioare, asigurându-se condițiile care să asigure accesul facil al pacientului la aceste medicamente. Modalitatea de prescriere pentru aceste medicamente reprezintă un proces complex și detaliat astfel încât această modalitate poate fi prevăzută într-un act normativ subsecvent hotărârii de Guvern. Medicamentele notate cu (**), (**¹) se prescriu potrivit protocoalelor terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și aprobate prin Ordinul MS/CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, iar cele notate cu (**¹Ω) și (**¹β) fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultatat.

5. În aplicarea reglementărilor art. 10 alin. (1), (7) și (8) din OUG nr. 70/2020, cu modificările ulterioare:

- numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de maxim 8 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice;

- consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate atât de medicii de familie cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră;

- pacienții simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID 19, beneficiază de consultații, inclusiv consultații la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României;

- serviciile conexe actului medical din cele prevăzute în pachetul de servicii de bază din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pot fi acordate și la distanță, respectiv serviciile conexe furnizate de psiholog și logoped.

6. În aplicarea reglementărilor art. 10 alin. (10), (11) și (12) din OUG 70/2020, cu modificările ulterioare, prin prezentul proiect de hotărâre s-au reglementat următoarele:

- sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate se pot suplimenta pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital - pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice;

- pentru unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care serviciile realizate depășesc nivelul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile;

- pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

7. În aplicarea reglementărilor art. 10 alin. (5) și (6) din OUG 70/2020, cu modificările ulterioare, prin proiectul de hotărâre s-a reglementat modalitatea de contractare și decontare a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi.

Totodată, s-a reglementat contractarea de către casele de asigurări de sănătate a întregii sume alocate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi prevăzuți la Capitolul VI *"Servicii medicale în unități sanitare cu paturi"* din Anexa 2 la H.G. nr. 140/2018 cu modificările și completările ulterioare și în Anexa nr. 23 din Normele metodologice de aplicare a acesteia aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prin măsurile privind decontarea serviciilor medicale spitalicești se asigură continuitate în acordarea acestui tip de servicii, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative, precum și la tratamentul necesar. Decontarea activității lunii mai se face în luna iunie. Modalitatea de decontare ca și reglementare de nivel primar pentru perioada 1-14 mai a fost stabilită prin Decretul nr. 240/2020, iar pentru perioada 15-31 mai prin OUG nr. 70/2020.

8. Alte reglementări:

- valabilitatea deciziilor de evaluare a furnizorilor aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se menține pentru o perioadă de 90 de zile de la încetarea stării de urgență în situația în care aceasta încetează în această perioadă; La nivel primar potrivit reglementărilor art. 45 din OUG 70/2020:

"...valabilitatea documentelor eliberate de instituțiile și autoritățile publice se menține pe toată durata stării de urgență instituite prin Decretul nr. 195/2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României, prelungite prin Decretul nr. 240/2020 privind prelungirea stării de urgență pe teritoriul României, precum și pentru o perioadă de 90 de zile de la încetarea acestei stări."

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

Potrivit documentelor internaționale serviciile medicale se acordă în aceleași condiții ca și pentru asigurării proprii, iar recuperarea cheltuielilor se face la aceleași tarife ca și pentru proprii asigurați; având în vedere că după încetarea stării de urgență, la nivelul unor unități spitalicești plata se face la nivelul cheltuielilor efective pentru toți pacienții internați în unitățile respectiv, recuperarea cheltuielilor se va face

în mod similar. Documentele de deschidere de drepturi sunt prevăzute de instrumentele juridice internaționale care deschid dreptul la servicii medicale pe teritoriul României pe cheltuiala instituțiilor competente (ex: card european de asigurări de sănătate / formulare europene S1, S2, etc).

Măsurile instituite prin proiectul de hotărâre sunt în aplicarea celor aprobate prin OUG 70/2020 începând cu data de 15 mai 2020, și au în vedere contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2. Aceste măsuri vin în continuarea celor adoptate pe perioada stării de urgență, astfel încât să nu fie aduse prejudicii asupra stării de sănătate a populației, în contextul necesității limitării răspândirii coronavirusului SARS-CoV-2, iar implementarea imediată a acestora asigură continuitatea asistenței medicale și accesul pacienților la serviciile necesare.

3. Alte informații ()**

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

1. Impactul macroeconomic	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului de stat	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2 ¹ . Impactul asupra sarcinilor administrative	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2 ² . Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Impactul social	
4. Impactul asupra mediului (***)	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
5. Alte informații	Nu sunt

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

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2					7
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) impozit pe profit (ii) impozit pe venit b) bugete locale: (i) impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuții de asigurări	Nu este cazul					
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) venituri proprii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii	Nu este cazul					
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					

4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
7. Alte informații						

SECȚIUNEA A 5-A

EFECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE

1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ):		
a) Acte normative care se modifica sau se abroga ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ		
b) Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS de modificare și completare a Ordinului MS/CNAS nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019	
1 ¹ . Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect	
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect	
3. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect	
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect	
5. Evaluarea conformității:	Nu este cazul	
Denumirea actului sau documentului comunitar, numărul, data adoptării și data publicării	Gradul de conformitate (se conformează / nu se conformează)	Comentarii
6. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente	Nu este cazul	
7. Alte informații		

SECȚIUNEA A 6-A

CONSULTĂRILE EFECTUATE ÎN VEDEREA ELABORĂRII PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Negocieri/consultări în procesul de elaborare a proiectului de hotărâre cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Colegiul Stomatologilor din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România și Ordinul Asistențelor Medicali Generaliști, Moașelor și Asistențelor Medicali din
--	---

	România.
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative	Prin adresa nr.568/2020 au fost consultate structurile asociative ale autorităților administrației publice locale: - Uniunea Națională a Consiliilor Județene din România; - Asociația Municipiilor din România; - Asociația Orașelor din România; - Asociația Comunelor din România.
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul
5. Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi	Este necesar avizul Consiliului Legislativ.
6. Alte informații	Prin adresa nr.568/2020 au fost consultate ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.
SECȚIUNEA A 7-A ACTIVITĂȚI DE INFORMARE PUBLICĂ PRIVIND ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PROIECTULUI DE ACT NORMATIV	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ	Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. S-au respectat prevederile Legii nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, cu modificările și completările ulterioare.
2. Informarea societății civile cu privire la eventualele impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice	Nu este cazul
3. Alte informații	
SECȚIUNEA A 8-A MĂSURI DE IMPLEMENTARE	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
2. Alte informații	Nu sunt.

Față de cele prezentate a fost elaborat prezentul proiect de Hotărâre privind completarea H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, pentru stabilirea unor măsuri în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pe care vă rugăm să-l aprobați.

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



Avizăm favorabil:

**Viceprim-ministru
Raluca TURCAN**

**Ministrul finanțelor publice
Vasile Florin CÎȚU**

**Ministrul justiției
Marian Cătălin PREDOIU**

GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

privind completarea Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019, pentru stabilirea unor măsuri în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,
Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic

Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, se completează după cum urmează:

1. După articolul 191, se introduce un articol nou, art. 191¹, cu următorul cuprins:

"Art. 191¹ – (1) Categoriile de furnizori care trebuie să facă dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, potrivit prevederilor art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și cele ale art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt:

a. furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară – cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b. furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare – cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c. furnizorii de servicii de medicină dentară - cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

d. furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară;

- e. unitățile sanitare cu paturi, inclusiv sanatoriile și preventoriile;
- f. unitățile specializate private care furnizează consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat;
- g. furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- h. furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;
- i. furnizorii care fabrică dispozitive medicale la comandă, precum și pentru furnizorii care desfășoară atât activitate de comercializare a dispozitivelor medicale cât și de fabricare a dispozitivelor medicale la comandă.”

(2) Documentele prin care se face dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare se transmit/se depun la casele de asigurări de sănătate până cel târziu la data de 15 iunie 2020.

2. După capitolul XIII "Dispoziții finale" se introduce un capitol nou, capitolul XIV "Dispoziții aplicabile până la data de 30 septembrie 2020, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV2", conținând articolele 213-227, cu următorul cuprins:

"Capitolul XIV "Dispoziții aplicabile până la data de 30 septembrie 2020 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV2."

Art. 213 – Din bugetul Fondului național unic al asigurărilor sociale de sănătate, se suportă serviciile medicale și medicamentele necesare pentru tratarea cazurilor cu COVID-19 și complicațiile acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum și altor persoane aflate pe teritoriul României.

Art. 214 – (1) Serviciile medicale, îngrijirile la domiciliu, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia prevăzute la art. 223 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru serviciile medicale și îngrijirile la domiciliu, precum și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, înregistrate/eliberate off-line, nu este obligatorie transmiterea în termen de 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării acestora, în Platforma informatică a asigurărilor de sănătate denumită în continuare PIAS.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) și (2), nu se aplică reglementările privind validarea și decontarea serviciilor, prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare, respectiv transmiterea acestora în PIAS în termen de 3 zile lucrătoare, precum și cele privind sancțiunile aplicabile, prevăzute de prezenta hotărâre.

Art. 215 – Contractele/actele adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă.

Art. 216 – (1) Numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de maximum 8 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

(2) Numărul maxim de consultații ce poate fi raportat pe zi la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se

stabilește prin raportare la programul la cabinet al medicilor și la numărul maxim de 8 consultații/oră/medic prevăzut la alin. (1).

(3) Consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate atât de medicii de familie, cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicină fizică și de reabilitare și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră.

(4) Serviciile de sănătate conexe actului medical furnizate de psiholog și logoped prevăzute în pachetul de servicii de bază din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pot fi acordate și la distanță – prin mijloace de comunicare la distanță.

(5) Pacienții simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID-19, beneficiază de consultații, inclusiv consultații la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României.

(6) Medicul de familie, precum și medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicul de medicină fizică și de reabilitare, vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

(7) Consultațiile la distanță prevăzute la alin. (3) se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet prevăzute în pachetele de servicii.

(8) Consultațiile prevăzute la alin. (5), inclusiv cele la distanță, se asimilează consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

(9) Serviciile medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, precum și cele de îngrijiri paliative în ambulatoriu se acordă fără a mai fi necesară prezentarea biletului de trimitere.

Art. 217 – (1) Medicii de familie, urmare a unei consultații, ce poate fi acordată și la distanță, prin care apreciază menținerea beneficiului terapeutic a schemei stabile de tratament la pacienții cu boli cronice, eliberează prescripție medicală în continuare, fără a mai fi necesară o nouă reevaluare a medicului specialist, respectiv fără a mai fi necesară reînnoirea scrisorii medicale inițiale. Medicul de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu * din 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, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Medicul de familie poate emite prescripție medicală, în continuare pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de către medicul specialist - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care până la data instituirii stării de urgență erau prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor

terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție medicamentele/materialele sanitare utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi, în condițiile stabilite prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.

(3) Pentru medicamentele notate cu (**), (**1), (**1 Ω) și (**1 β) în Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, prescrierea se realizează în condițiile stabilite prin norme.

(4) Medicii din spital pot elibera, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru maximum 90 de zile, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, cu excepția medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat pentru care durata de prescriere este de până la 30 de zile.

Art. 218 – Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi conform prezentei hotărâri și a normele metodologice de aplicare a acesteia, cu modificarea prevederilor după cum urmează:

a. Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

b. Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la lit. a), suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităților sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital;

c. Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare de zi, suma contractată lunar, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative.

Art. 219 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, activitatea desfășurată lunar până la data de 30 septembrie, după cum urmează:

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

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

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

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de virusul SARS-CoV-2.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, altele decât cele

prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate decontează activitatea desfășurată lunar până la data de 30 septembrie, după cum urmează:

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

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

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

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni cronice, se aplică reglementările de la alin. (1) lit. a)-b).

(4) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă prevăzute la alin. (1) și (2), cărora le sunt aplicabile reglementările de la alin. (1) lit. c) și d), respectiv alin. (2) lit. c), se încheie acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(5) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face potrivit prevederilor alin. (1)-(3) și (7), fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III.

(6) Pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea sumelor contractate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se realizează la nivelul activității efectiv realizate - până la data de 30 septembrie, în condițiile în care acesta depășește nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(7) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale în regim de spitalizare continuă și de zi, decontarea activității lunii mai se face potrivit reglementărilor aplicabile stării de urgență, respectiv perioadei următoare încetării stării de urgență, proporțional cu numărul de zile din luna aferent fiecărei reglementări legale.

Art. 220 - Decontarea lunară din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate – pentru activitatea realizată până la data de 30 septembrie, pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face la nivelul indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate, sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III.

Art. 221 - Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriu de specialitate se pot suplimenta pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital - pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice.

Art. 222 – Pentru unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care serviciile realizate depășesc nivelul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile

acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile.

Art. 223 – Pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv cele de îngrijiri paliative la domiciliu.

Art. 224 – Valabilitatea deciziilor de evaluare a furnizorilor aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se menține pentru o perioadă de 90 de zile de la încetarea stării de urgență în situația în care aceasta încetează în această perioadă.

Art. 225 – Pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală/dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloace electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților.

Art. 226 – (1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unități sanitare cu paturi până la data de 30 septembrie, recuperarea cheltuielilor se face în conformitate cu dispozițiile documentelor internaționale respective, la nivelul tarifelor stabilite pentru cetățenii români asigurați, sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat în cazul furnizorilor de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 219 alin. (1) - (3) cărora le sunt aplicabile după caz, reglementările art. 219 alin. (1) lit. b) și d), respectiv ale art. 219 alin. (2) lit. b).

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 219 alin. (1) - (3) - cărora le sunt aplicabile după caz, reglementările art. 219 alin. (1) lit. b) și d), respectiv ale art. 219 alin. (2) lit. b), au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

Art. 227 Măsurile prevăzute la art. 213 - 225 sunt aplicabile până la data de 30 septembrie 2020, cu excepția celor prevăzute la art. 214 alin. (1) - pentru unitățile sanitare cu paturi, furnizorii de servicii stomatologice, furnizorii de investigații paraclinice, furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, furnizorii de medicamente, care se aplică până la data de 30 iunie 2020.

**PRIM – MINISTRU
LUDOVIC ORBAN**