



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL ADJUNCT

Nr.CAZ 555/04.10.2021

CĂTRE,

SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DOMNULUI SECRETAR GENERAL TIBERIU HORĂȚIU GORUN

Inițiator: Ministerul Sănătății

Titlul proiectului: **Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018**

Vă transmitem, alăturat, proiectul de act normativ mai sus menționat 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: Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Ministerul Finanțelor 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.

Persoana în măsură să ofere relații cu privire la proiectul de act normativ este doamna Ioana Popinceanu având funcția de șef serviciu la Direcția generală de asistență medicală, medicină de urgență și programe de sănătate publică, număr de telefon:021.3072570, e-mail: ioana.popinceanu@ms.ro.

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 04.10.2021.

Cu deosebită considerație,

Secretar general adjunct

Nicoleta Rusu



GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 7, alin. (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Sumele aprobate pentru decontarea serviciilor medicale și serviciilor conexe acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, a medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea eliberate, se alocă lunar la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, în funcție de indicatorii realizați și în limita

fondurilor aprobate cu această destinație, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.”

2. La articolul 7, după alin. (10) se introduce un nou alineat, alin. (11) cu următorul cuprins:

„(11) Pentru derularea Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, încheie contracte cu unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică. Serviciile conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, sunt denumite în continuare servicii conexe.”

3. La articolul 8, alin. (5) - (8), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(5) Sumele nedecontate pentru medicamentele și materialele sanitare specifice utilizate în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și sumele nedecontate pentru servicii (prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, servicii medicale paraclinice, servicii conexe,) servicii de dializă și serviciile de radioterapie efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

(6) Angajamentele legale prevăzute la alin. (5) nu pot depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de servicii conexe, de medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram național de sănătate.

(8) Serviciile medicale, serviciile conexe, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim ambulatoriu/de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitalicești furnizate în regim de spitalizare continuă într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare continuă nu poate acorda serviciile.

4. La articolul 8, după alin. (11)) se introduce un nou alineat, alin. (12) cu următorul cuprins:

„(12) Serviciile conexe actului medical pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Serviciile conexe acordate la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor conexe acordate la cabinet.”

5. La articolul 9, partea introductivă și literele a), c), e), f), i), k), m), n), o) și q) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 9

Unitățile sanitare cu paturi, furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, furnizorii de servicii medicale paraclinice, unitățile de specialitate pentru furnizarea de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică aflați în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe, furnizorii de servicii de dializă, furnizorii de servicii de radioterapie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative au următoarele obligații generale:

a) să furnizeze pacienților asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, servicii medicale, servicii conexe și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale, serviciilor conexe furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice din cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor aferente medicamentelor, inclusiv medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate, a serviciilor medicale precum și a serviciilor conexe acordate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale precum și

servicii conexe, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale/serviciilor conexe /medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

m) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, serviciilor, după caz. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate. Serviciile acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate, iar în situații justificate în

care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată; serviciile înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile prevăzute la lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor furnizate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, servicii conexe, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;”

6. După art. 14 se introduce un nou articol, art. 14¹ cu următorul cuprins:

„Art. 14¹ Unitățile de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii conexe au următoarele obligații specifice:

a) să întocmească documentele medicale necesare pentru recomandarea / întreruperea, acordării serviciilor conexe, după caz ;

b) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, lista furnizorilor de servicii conexe cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acestora precum și lista serviciilor conexe acordate de aceștia.

c) să ia toate măsurile necesare pentru respectarea de către furnizorul de servicii conexe a tuturor obligațiilor privind condițiile acordării serviciilor conexe, prevăzute în Ordinul ministrului sănătății, al ministrului educației naționale și cercetării științifice, al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 968/5194/1945/714/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate;

7. La articolul 15, alin. (1) lit. a), b), g) i), j) se modifică și vor avea următorul cuprins

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, precum și cu furnizorii de servicii de dializă, cu unitățile de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică aflate în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale/serviciilor conexe/medicamentelor/materialelor sanitare specifice/investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, servicii conexe, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, serviciile conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

8. La art. 16 după alin. (14) se introduce un nou alineat, alin. 14¹ cu următorul cuprins:

„(14¹) În cazul în care se constată nerespectarea de către unitățile de specialitate pentru furnizarea de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică aflați în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe, a obligațiilor prevăzute la art. 9 și art. 14¹ se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor conexe aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

9. La art. 17 după alin. (3) se introduce un nou alineat, alin. (3¹) cu următorul cuprins:

„(3¹) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică pentru furnizare de servicii conexe se reziliază de plin drept

printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii conexe, acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

e) refuzul unităților de specialitate pentru furnizare de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică de a duce la îndeplinire toate obligațiile ce decurg din contractul cu furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.”

10. La articolul 22, alin. (3) - (5) și (8), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor de furnizare de servicii medicale, servicii conexe, de medicamente și materiale sanitare specifice pentru derularea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.

(4) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, de servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/psihiatrie pediatrică aflați în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe, furnizorii de medicamente și materiale sanitare specifice depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate și nu participă la încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate.

(5) Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, serviciile conexe, medicamente și materiale sanitare specifice, în limita fondurilor aprobate pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate curative contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altora asemenea potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.”

11. La articolul 27, alin. (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Toți furnizorii de servicii medicale, servicii medicale în specialitățile de psihiatrie/ psihiatrie pediatrică aflați în relație contractuală cu furnizorii de servicii conexe și furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligați să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.”

12. După art. 35 se introduce un nou articol, art. 35¹ cu următorul cuprins:

„Art. 35¹

În cadrul Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, modalitatea de plată a serviciilor conexe este de tarif/serviciu conex, tarif care este prevăzut în normele tehnice.”

13. Articolul 39 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 39

(1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative se acordă în regim off-line. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii care derulează programe naționale de sănătate curative, a serviciilor medicale, a serviciilor conexe acordate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS și a serviciilor medicale, a serviciilor conexe acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de servicii medicale, servicii conexe care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării PIAS în perioada de raportare a serviciilor.”

14. Articolul 41 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 41

Serviciile medicale/serviciile conexe/medicamentele/materialele sanitare specifice acordate/eliberate off-line în cadrul programelor naționale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.”

15. După art. 48 se introduce un nou articol, art. 49 cu următorul cuprins:

„Art. 49

Bunurile achiziționate din sumele alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate, aflate în perioada de valabilitate, pot fi transmise fără plată de la o unitate de specialitate la alta doar în cazurile prevăzute la art. 52 alin. (7) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Metodologia de transfer a bunurilor se aprobă prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.”

16. La Secțiunea B "Programe naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate" din anexă punctul VIII "Programul național de sănătate mintală" se modifică și va avea următorul cuprins:

„VIII. Programul național de sănătate mintală

Obiective:

a) asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodenanță, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia;

b) acordarea intervențiilor specializate pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Structură:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodenanță, precum și de monitorizare a evoluției bolii;

2. Subprogramul național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.”

ART. II

Prevederile prezentei hotărâri cu privire la Subprogramul național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist se vor implementa începând cu data de 1 octombrie 2021.

PRIM – MINISTRU

Florin-Vasile CÎȚU

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul prezentului act normativ

HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018

Secțiunea a 2 – a

Motivul emiterii actului normativ

Armonizarea cadrului legal în vederea asigurării serviciilor conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist și stabilirea condițiilor de acordare a acestora, în concordanță cu dispozițiile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și asigurarea cadrului legal care să permită ca bunurile achiziționate din sumele alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate, aflate în perioada de valabilitate, să poată fi transmise fără plată de la o unitate de specialitate la alta, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 18/2021 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea unor acte normative în domeniul sănătății precum și pentru abrogarea art. 4 din Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladii SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA

1. Descrierea situației actuale

Programele naționale de sănătate se derulează în conformitate cu prevederile titlului II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Potrivit prevederilor art. 51 alin. (4) din actul normativ sus menționat, structura programelor naționale de sănătate, obiectivele acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare implementării și derulării acestora se aprobă prin Hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Sănătății.

Conform prevederilor art. 58 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, finanțarea programelor naționale de sănătate se realizează:

- de la bugetul Ministerului Sănătății pentru programele naționale de sănătate publică;
- de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru programele naționale de sănătate curative,
- din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

În prezent, derularea programelor naționale de sănătate se realizează în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare și a normelor tehnice de aplicare a acestora, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017, cu modificările și completările ulterioare, respectiv Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017, cu modificările și completările ulterioare.

În cadrul programelor naționale de sănătate curative se acordă servicii de radioterapie, servicii de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, servicii de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți, servicii de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, servicii de dializă, servicii de tratament al malformațiilor vasculare cerebrale și tumorilor

cerebrale profunde prin Gamma-Knife și servicii de dozare a hemoglobinei glicozilate (HbA1c), precum și medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 145/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, pentru abrogarea unor prevederi legale, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății reglementează includerea în domeniul terapeutic al programelor naționale de sănătate curative a serviciilor conexe pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, care vor fi acordate în cadrul unui Subprogram național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist;

Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 reglementează cadrul general cu privire la derularea programelor naționale de sănătate de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și obligațiile generale care revin unităților de specialitate care implementează aceste programe, fără a cuprinde reglementări specifice referitoare la situațiile în care pot fi transmise bunurile achiziționate din sumele alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate, aflate în perioada de valabilitate, de la o unitate de specialitate la alta.

2. Schimbări preconizate

Prin prezentul act normativ se propune:

- reorganizarea Programului național de sănătate mintală din cadrul programelor naționale de sănătate curative, în sensul includerii în structura acestuia a Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Această reorganizare este justificată prin faptul că tulburările din spectrul autist (TSA) reprezintă un grup de tulburări neuropsihiatrice caracterizate printr-o deteriorare calitativă, severă și pervazivă în diverse arii de dezvoltare: aptitudini de interacțiune socială reciprocă, aptitudini de comunicare și prezența unor comportamente, activități sau interese stereotipe. Deteriorările calitative sunt clar deviate în raport cu nivelul de dezvoltare sau cu vârsta mintală a individului. Aceste tulburări sunt vizibile de regulă încă din primii ani de viață.

Subprogramul național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist vizează dezvoltarea de abilități cognitive și competențe emoționale, dezvoltarea limbajului și comunicării sociale, gestionarea comportamentelor patologice și înlocuirea acestora cu comportamente adecvate vârstei, cu scopul creșterii funcționalității persoanei cu TSA. Dintre metodele de intervenție specializată, eficacitatea cea mai mare o au programele de terapie comportamentală, terapia cognitiv-comportamentală și programele de psihopedagogie specială (dintre intervențiile psihopedagogice, logopedia s-a dovedit a fi cea direct implicată în ameliorarea dificultăților de limbaj și comunicare).

Evoluția clinică, în special în cazul copiilor cu afectare TSA comorbidă cu alte tulburări de neurodezvoltare poate fi puternic influențată de momentul diagnosticului și al inițierii terapiei, intervenția specializată precoce (inițiată înaintea vârstei de 3 ani), crescând șansele de recuperare și de creștere a gradului de funcționalitate a acestor persoane.

- asigurarea cadrului legal care să permită ca bunurile achiziționate din sumele alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate, aflate în perioada de valabilitate, să poată fi transmise fără plată de la o unitate de specialitate la alta.

Aceasta este motivată de faptul că unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate achiziționează materiale sanitare și medicamente decontate din bugetele FNUASS și MS, bunuri care se constituie în stocuri.

Alocarea sumelor necesare derulării programelor naționale de sănătate, achiziția bunurilor și utilizarea acestora este un proces dinamic. În acest proces complex pot apărea situații neprevăzute în

care bunurile achiziționate nu mai pot fi consumate din motive independente de unitatea sanitară, ca de ex:

- neprezentarea (prin alegerea altei unități sanitare; complianța scăzută)/decesul bolnavilor programați
- plecarea resursei umane medicale din unitatea sanitară
- îmbolnăvirea personalului medical
- perfecționarea continuă a medicilor coroborat cu dotarea unității sanitare, determină tratarea unor cazuri complexe care necesită materiale sanitare de generație nouă, cele vechi rămânând în stocuri care nu se mai consumă
- perioade de nefuncționalitate a aparatului necesare derulării programelor
- adresabilitatea scăzută a pacienților în context epidemiologic

3. Alte informații –

Nu este cazul.

Secțiunea a 3-a

Impactul socio-economic al actului normativ

1. Impact macro-economic

Actul normativ nu se referă la acest subiect

1¹. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat:

Actul normativ nu se referă la acest subiect

2. Impact asupra mediului de afaceri

Actul normativ nu se referă la acest subiect

2¹. Impactul asupra sarcinilor administrative

Actul normativ nu se referă la acest subiect

2². Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii

Actul normativ nu se referă la acest subiect

3. Impact social

Actul normativ nu se referă la acest subiect

4. Impact asupra mediului

Actul 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)

- în mii lei (RON) -

Indicatori	Anul curent	Următorii patru ani				Media pe cinci ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. impozit pe profit ii. impozit pe venit b) bugete locale i. impozit pe profit						

c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. contribuții de asigurări						
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii b) bugete locale: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii						
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale						
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare						
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare						
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare						
7. Alte informații						

Secțiunea a 5-a

Efectele proiectului actului normativ asupra legislației în vigoare

<p>1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor actului normativ</p> <p>a) <i>acte normative care se modifică sau se abrogă ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017 privind aprobarea Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare - se modifică și se completează; <p>b) <i>acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții</i></p> <p>Nu este cazul.</p>

<p>1¹. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect</p>
<p>2. Conformitatea actului normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare:</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect</p>
<p>3. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect</p>
<p>4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect</p>
<p>5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect</p>
<p>6. Alte informații</p> <p>Nu sunt.</p>

Secțiunea a 6-a

Consultările efectuate în vederea elaborării actului normativ	
1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Nu este cazul
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul actului normativ	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care actul 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	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5. Informații privind avizarea de către:	
a) Consiliul Legislativ - Se supune avizului Consiliului Legislativ	
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	
c) Consiliul Economic și Social	
d) Consiliul Concurenței	
e) Curtea de Conturi	
6. Alte informații	Nu sunt.
Secțiunea a 7-a	
Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea actului normativ	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ	Proiectul de act normativ respectă prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată. Proiectul de act normativ a fost postat pe site-ul Ministerului Sănătății, instituție competentă a elabora proiectul, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, la data
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării actului normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Alte informații	Nu sunt
Secțiunea a 8-a	
Măsurile de implementare	
1. Măsurile de punere în aplicare a actului 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

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Hotărâre a Guvernului de modificare și completare a Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018.

MINISTRUL SĂNĂȚĂȚII INTERIMAR
Cseke Attila Zoltan





Avizatori:

**p. Președinte Casa Națională
de Asigurări de Sănătate**
Adela COJAN
Vicepreședinte



Ministrul Justiției interimar
Lucian Nicolae BODE

Ministrul Finanțelor
Dan VIȘCEANU



Conf. adn. 1027855/2021.