

## NOTĂ DE FUNDAMENTARE

### SECȚIUNEA 1 TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

#### HOTĂRÂRE

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

### SECȚIUNEA A 2-A

#### MOTIVUL EMITERII ACTULUI NORMATIV

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

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

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

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

#### **1. Descrierea situației actuale**

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

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

▪ **La nivelul asistenței medicale primare:**

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

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

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

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

b) tarif pe serviciu medical, exprimat în puncte.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Schimbări preconizate**

▪ **La nivelul asistenței medicale primare:**

1. Servicii noi introduse în pachetul de bază:

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

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

recuperare a sănătății și reducerea numărului de internări evitabile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Pentru toate segmentele de asistență medicală:

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

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

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

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

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

3. Alte informații (\*\*\*) – Nu este cazul.

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

1. Impactul macroeconomic

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

1<sup>1</sup>. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2. Impactul asupra mediului de afaceri

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2<sup>1</sup>. Impactul asupra sarcinilor administrative

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2<sup>2</sup>. Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

3. Impactul social

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

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

4. Impactul asupra mediului (\*\*\*)

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5. Alte informații

Nu sunt.

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

- mil lei -

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2	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) venituri proprii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii						
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale						
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare						
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare						
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare						
7. Alte informații	Măsurile nu afectează bugetul aprobat prin Legea bugetului de stat pentru anul 2022.					

#### SECȚIUNEA A 5-A

#### EFECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE

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

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

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

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

**2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ**

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

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

Actul normativ nu se referă la acest subiect.

**4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente**

Nu este cazul.

**5. Informații privind avizarea de către:**

- a) Consiliul Legislativ - se supune avizului Consiliului legislativ.
- b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării
- c) Consiliul Economic și Social
- d) Consiliul Concurenței
- e) Curtea de Conturi

**6. Alte informații**

Nu este cazul.

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

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

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

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

**2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice**

Nu este cazul.

**3. Alte informații**

Nu sunt.

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

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

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

**2. Alte informații**

Nu sunt.

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

Ministrul sănătății,  
Alexandru RAFIȚĂ



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



**Avizăm:**  
**Viceprim-ministru**  
**Ministrul transporturilor și infrastructurii**

**Sorin Mihai GRINDEANU**

**Ministrul justiției,**  
**Marian Cătălin PREDOIU**

**Ministrul finanțelor,**  
**Adrian CĂCIU**

**Ministrul Afacerilor Interne**  
**Lucian-Nicolae BODE**

**Ministrul apărării naționale**  
**Vasile DÂNCU**

**Directorul Serviciului Român de Informații**  
**Eduard Raul HELLVIG**

**Directorul Serviciului de Informații Externe**  
**Gabriel VLASE**

**Președintele Academiei Române**  
**Academician Ioan Aurel POP**