



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL

Nr. SG/41

20.01.2023

CĂTRE,

**SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DOMNULUI SECRETAR GENERAL MARIAN NEACȘU**

Inițiator: **Ministerul Sănătății,**

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

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

Instituție avizatoare: Ministerul Finanțelor;

Instituție avizatoare: Ministerul Educației;

Instituție avizatoare, Ministerul Justiției;

Avizator: Viceprim-ministru, ministrul transporturilor și infrastructurii, Sorin Mihai Grindeanu.

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

Prin prezenta adresă de înaintare confirmăm faptul ca textul proiectului de act normativ prezentat pe suport hârtie este identic cu cel prezentat în varianta electronică la adresa de e-mail: sgg.pregatitoare@gov.ro, în data de 20.01.2023.

Cu deosebită considerație,


Secretar general
Alexandru Mihai BORGAN



NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul prezentului act normativ

ORDONANȚĂ

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

Secțiunea a 2 – a

Motivul emiterii actului normativ

2.1.Sursa proiectului de act normativ

În cadrul proiectului de act normativ sunt avute în vedere propuneri care vizează armonizarea și corelarea dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere atribuțiile instituționale stabilite prin alte acte normative de același nivel, conexe sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Totodată, acesta cuprinde reglementări prin care să se implementeze un mecanism menit să responsabilizeze asigurații beneficiari de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, având ca finalitate gestionarea eficientă a bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS).

În scopul preîntâmpinării declanșării unei acțiuni în constatarea neîndeplinirii obligațiilor de stat membru (procedură de infringement), este necesară modificarea OUG nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în sensul actualizării noțiunii de reprezentant legal al deținătorului autorizației de punere pe piață, care nu este persoană juridică română.

2.2 Descrierea situației actuale

1. În ceea ce privește **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare:**

- În scopul îmbunătățirii calității și eficienței serviciilor publice din sistemul sanitar românesc, precum și promovarea integrității publice și a responsabilității în cheltuirea fondurilor publice, Ministerul Sănătății derulează în parteneriat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Fundația HOSPICE Casa Speranței, Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate proiectul "Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu (Acronim: PAL-PLAN)", cod MySMIS/SIPOCA 129439/733, proiect cofinanțat din Fondul Social European, prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020.

- Proiectul își propune realizarea unui program național comprehensiv și unitar, care să asigure accesul pacienților cu boli cronice progresive și incurabile la servicii adecvate de

îngrijiri la domiciliu și îngrijiri paliative de bază sau specializate, în funcție de stadiul și evoluția bolii.

- În cadrul proiectului vor fi elaborate planurile naționale de dezvoltare a îngrijirilor medicale, respectiv Programul național de dezvoltare graduală a îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu și Planului Național de dezvoltare graduală a îngrijirilor la domiciliu.

- Prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 a fost aprobat Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, anterior intrării în vigoare a Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- Medicamentele imunologice care se acordă în vederea rezolvării problemelor de sănătate publică înregistrate la nivelul unor segmente populaționale pot fi compensate din FNUASS; sumele necesare în acest caz vor fi asigurate prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății către FNUASS. Această reglementare este inclusă în titlul II „Programele naționale de sănătate” al Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- În cadrul serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, asigurații beneficiază de acordarea serviciilor medicale profilactice, care presupun informarea corespunzătoare a persoanelor asigurate în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății.

- Sumele provenite din protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, precum și sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat sunt cuprinse ca sursă de finanțare a bugetului FNUASS. În acest context, se impune autorizarea Ministerului Finanțelor să introducă, la propunerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pe măsura încasării, influențele ce decurg din încasarea acestor sume, în volumul și structura veniturilor și cheltuielilor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu menținerea echilibrului bugetar.

- Termenul de elaborare și avizare a contractului-cadru prin care se stabilesc condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate este 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru. Pentru primul an de valabilitate a hotărârii Guvernului de aprobare a contractului-cadru, normele metodologice intră în vigoare odată cu hotărârea Guvernului.

- În forma inițială a Legii nr. 95/2006 [art. 237 alin. (1) lit. i)], transplantul de organe și țesuturi era cuprins în categoria „serviciilor medicale care nu erau decontate din Fond”, cu unele excepții, prevăzute în contractul-cadru. Dar această reglementare a fost abrogată implicit prin OUG nr. 2/2014 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative.

- Prin dispozițiile art. 153 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, s-a reglementat, cu caracter general, modalitatea de decontare a costului investigațiilor, spitalizării, intervențiilor chirurgicale, medicamentelor, materialelor sanitare, al îngrijirilor postoperatorii, precum și cheltuielile legate de coordonarea de transplant.

Astfel, bugetul FNUASS este cuprins ca sursă de finanțare a activităților legate de transplant, alături de bugetul de stat, fiind necesar a se realiza o delimitare a surselor de

finanțare a cheltuielilor ocazionate de aceste activități, cu precizarea expresă în cuprinsul Titlului VIII – Asigurările sociale de sănătate din Legea nr. 95/2006 a modului în care din bugetul FNUASS se decontează activități legate de transplant.

Având în vedere faptul că de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, se suportă activitățile legate de transplant pentru pacienții incluși în programele naționale de sănătate publică, în condițiile aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform prevederilor art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, în mod similar se propune reglementarea modalității de finanțare a acestor cheltuieli din bugetul FNUASS, în condițiile contractului-cadru.

- Potrivit dispozițiilor art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, acreditarea este o condiție obligatorie pentru unitățile sanitare care prestează sau nu servicii în relație cu sistemul public de asigurări de sănătate, cu excepția cabinetelor de medicină de familie, a cabinetelor medicale dentare și a cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate 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, precum și a laboratoarelor de analize medicale și de anatomie patologică. Prezenta lege nu se aplică unităților farmaceutice - farmacii și oficine de circuit deschis. În acest context, se impune asigurarea concordanței acestor dispoziții cu cele ale Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- În conformitate cu dispozițiile alin. (2) ale art. 337, precum și cele ale art. 223 din Legea nr. 95/2006, cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite ca instrument în vederea dovedirii, prin intermediul Platformei informatice din asigurările de sănătate, a calității de asigurat/neasigurat a persoanei, precum și ca instrument în procesul de validare a serviciilor medicale/medicamentelor/dispozitivelor medicale decontate din fond.

Având în vedere faptul că urmare a intrării în vigoare a dispozițiilor Legii nr. 58/2022, furnizorii de servicii conexe actului medical pot desfășura activitate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în baza unor relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, se impune uniformizarea obligațiilor furnizorilor care acordă servicii decontate din FNUASS, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, indiferent dacă aceștia acordă servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale sau servicii conexe actului medical.

- În prezent, modulul "Sumar de urgență" din cadrul Dosarului electronic de sănătate al pacientului cuprinde următoarele date și informații: alergii și intoleranțe diagnosticate; proteze și alte dispozitive medicale interne; transplant; fistulă arterio-venoasă; diagnostice și proceduri relevante pentru urgență; grup sanguin și factor Rh.

2. Prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, a fost reglementat cadrul legal necesar aplicării unor măsuri cu caracter social care aveau în vedere asigurarea dreptului persoanelor asigurate la concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate în cadrul sistemului, dreptul la concediile și indemnizațiile prevăzute de actul normativ în cauză fiind condiționat de plata contribuției de asigurări sociale de sănătate destinată suportării acestor indemnizații.

În cazul persoanelor fizice, care nu sunt salariate, prevederile actuale stabilesc că acestea se pot asigura opțional în sistem pentru a beneficia de concedii medicale și de indemnizații de asigurări sociale de sănătate, pe bază de contract de asigurare, prin care își asigură un venit lunar ales care nu poate fi mai mic decât valoarea salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată, stabilit potrivit legii, și nici mai mare decât valoarea a de 3 ori a acestuia, cu excepția

persoanelor care optează pentru încheierea contractului de asigurare pentru a beneficia de concedii medicale și indemnizații pentru maternitate, pentru care venitul lunar pentru care se optează plata contribuției este un venit ales care nu poate fi mai mic decât valoarea salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată, stabilit potrivit legii, și nici mai mare decât valoarea a de 12 ori a acestuia. Pentru această din urmă situație, pentru anul 2023, plafonul maxim de asigurare ar fi de 36.000 lei (3000 lei x 12).

În practică, aceste persoane fizice se asigură pentru asigurări sociale de sănătate la un salariu minim brut lunar, beneficiind de facilitățile prevăzute în Codul fiscal în ceea ce privește plata contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate, iar pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate au posibilitatea să se asigure pentru un venit ales, care nu poate fi mai mic decât salariul minim brut pe țară garantat în plată și nici mai mare decât valoarea de 3 ori a acestuia, cu excepția persoanelor care se asigură doar pentru concedii și indemnizații de maternitate, situație în care aceste persoane aleg un venit de până la valoarea a 12 salarii de bază minime brute pe țară garantat în plată (36.000 lei = 3000 lei x 12).

Pentru această din urmă situație, pentru concedii de maternitate se asigură prin plata unui procent de 1% calculat la o bază de calcul de 12 salarii minime brute lunare, timp de 6 luni (360 lei), pentru care, din bugetul FNUASS se plătește o indemnizație lunară, pentru o perioadă de 126 de zile (4 luni), calculată ca un procent de 85% din media veniturilor astfel declarate.

Astfel, pentru cele 126 de zile (4 luni) de concediu de maternitate persoana primește de la CAS o indemnizație lunară: $36.000 \text{ lei} \times 85\% = 30.600 \text{ lei} \times 4 \text{ luni} = 122.400 \text{ lei}$ (din care se reține contribuția pentru asigurări sociale – pensii, după caz, întrucât persoanele pentru care nu există obligația plății unei astfel de contribuții vor beneficia de întreaga sumă).

Facem mențiunea că ponderea majoritară a solicitărilor de încheiere a contractelor de asigurare o constituie componenta pentru sarcină și lăuzie (maternitate), valoare asigurată fiind în majoritatea cazurilor situată la plafon maxim, chiar dacă persoanele se asigură pentru sănătate la nivelul unui salariu minim brut pe țară.

În această situație se mai află și persoane fizice, cu venituri relativ mici din salarii, indemnizație de șomaj, pensie de invaliditate sau urmaș, indemnizație de ajutor social, care solicită plătitorilor încetarea acestor drepturi în scopul asigurării pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate ca persoane fără venituri, prin încheierea unui contract de asigurare, ceea ce a condus la un impact semnificativ asupra bugetului FNUASS.

În aceste condiții, se impune reglementarea în mod nediscriminatoriu a unor măsuri care să conducă la echilibrarea între veniturile alocate bugetului FNUASS și costurile reale suportate de fond pentru plata indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate, în sensul diminuării bazei maxime de calcul al indemnizațiilor de maternitate de la 12 salarii minime brute pe țară lunar, la 3 salarii minime brute pe țară lunar, în cazul persoanelor fizice care se asigură opțional pentru concedii și indemnizații de maternitate.

Potrivit datelor statistice, în perioada 2021 - 2022, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în ceea ce privește persoanele fizice care au încheiate contracte de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate cu casele de asigurări de sănătate, s-au constatat următoarele:

Perioada	Sume încasate	Plăți efectuate
01.01.2021-31.12.2021	9.183,78 mii lei	167.836,16 mii lei
01.01.2022-31.08.2022	7.118,12 mii lei	119.217,44 mii lei

Iminenta insuficiență a fondurilor pentru plata drepturilor de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate pentru asigurați constituie o situație produce consecințe negative, prin diminuarea bugetului FNUASS, aducându-se atingere unui interes public respectiv al sănătății populației.

- Potrivit prevederilor unor acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale încheiate de România cu state non-UE, în domeniul securității sociale, sunt stabilite drepturi ale persoanelor asigurate care au realizat în statele respective stagii de asigurare atestate, fiind necesară reglementarea modalității de asimilare a respectivului stagiu în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

- În prezent, potrivit art. 16 alin. (1) din OUG nr. 158/2005, asigurații a căror incapacitate temporară de muncă a survenit în timpul concediului de odihnă sau al concediului fără plată beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, concediul de odihnă sau fără plată fiind întrerupt, urmând ca zilele neefectuate să fie reprogramate, fiind necesară extinderea acestei reglementări și pentru situația în care a fost instituită măsura de prevenire a răspândirii bolilor infectocontagioase potrivit art. 7 din Legea nr. 136/2020, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- În prezent, OUG nr. 158/2005 cuprinde două dispoziții care înregistrează aspecte de contradictorialitate, urmare a intrării în vigoare a dispozițiilor Legii nr. 24/2022 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concedii și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, acestea fiind cuprinse la art. 30¹ alin. (5) și la art. 30³ alin (3), pentru aceleași servicii care urmează să fie acordate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate fiind reglementate două surse de finanțare diferite, respectiv atât bugetul Ministerului Sănătății cât și bugetul FNUASS. În consecință, având în vedere că aceste servicii deja sunt cuprinse în Contractul-cadru fiind finanțate din bugetul FNUASS, se impune eliminarea sursei de finanțare reprezentată de bugetul Ministerului Sănătății.

- La art. 33 din O.U.G. nr. 158/2005, cu modificările și completările ulterioare, este reglementată situația persoanelor angajate asigurate care își desfășoară activitatea în aceeași perioadă, la mai mulți angajatori.

Pentru aceste cazuri, persoanele beneficiază de la fiecare angajator de indemnizație de asigurări sociale de sănătate în situația în care intervine o incapacitate temporară de muncă, maternitate sau orice alt concediu medical dintre cele prevăzute la art. 2 din același act normativ. Baza de calcul pentru fiecare indemnizație o constituie numai venitul obținut pe fiecare loc de realizare.

Astfel, pentru persoanele care își desfășoară activitatea, în aceeași perioadă, la mai mulți angajatori, este necesar a se clarifica condițiile în care acestea pot beneficia de indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în vederea aplicării unitare a normei la nivelul întregului sistem de asigurări sociale de sănătate.

Totodată, este necesară reglementarea situației speciale a persoanelor asigurate care sunt cadre didactice a căror normă didactică se completează de la mai mulți angajatori, și care au stagiu de asigurare îndeplinit, iar pentru situația în care le încetează contractele individuale de muncă și încheie alte contracte individuale de muncă cu mai mulți angajatori, care însumate completează norma de muncă, stagiu să poată fi valorificat de către toți angajatorii.

- Având în vedere situațiile înregistrate la nivelul caselor de asigurări de sănătate referitoare la desfășurarea de activități remunerate de către persoanele care se află în concedii de asigurări sociale de sănătate, altele decât în baza unor contracte individuale de muncă, se impune

clarificarea faptelor ce constituie contravenție în înțelesul art. 47 alin. (4) din OUG nr. 158/2005.

3. În ceea ce privește dispozițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare:

Din considerentele *de facto* ce urmează a fi prezentate cu referire la schimbările preconizate, rezultă faptul că indicatorul temporal (*data de 25 inclusiv a lunii următoare încheierii unui trimestru*) până la care ministrul sănătății trebuie să emită ordinul prin care este aprobată lista trimestrială, ce conține clasificarea medicamentelor de uz uman autorizate pentru punere pe piață în România și raportate de furnizorii de servicii medicale și de medicamente la casele de asigurări de sănătate și validate de acestea, suportate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate și din bugetul Ministerului Sănătății, în medicamente de tip I, tip II și tip III este nefezabil, fiind chiar imposibil de respectat.

Prin adresa nr. 750/02.08.2022, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. P5883/02.08.2022, Ministerul Sănătății a solicitat un punct de vedere cu privire la faptul că Serviciile Comisiei Europene au primit o plângere privind elementele aplicabile României și conexe contribuției trimestriale (clawback), cu referire la impozitarea discriminatorie a produselor farmaceutice originare din alte state membre, precum și la obligația de a numi un reprezentant fiscal rezident în România, urmare a materialului transmis de Comisia Europeană prin intermediul platformei EU Pilot - dosarul EUP (2022)10197.

Unul din elementele susceptibile să ridice semne de întrebare cu privire la compatibilitatea lor la cerințele legislației europene este cel referitor la ”obligația de a numi un reprezentant fiscal rezident în România”.

2.3. Schimbări preconizate

1. În ceea ce privește **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare:**

- Având în vedere necesitatea definirii la nivel legislativ a planurilor naționale de dezvoltare a îngrijirilor medicale, se impune completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât planurile naționale de dezvoltare a îngrijirilor medicale reprezintă planuri de implementare ale strategiei naționale de sănătate care au ca scop creșterea accesibilității la servicii medicale, aprobate prin ordin al ministrului sănătății

- În vederea identificării unor soluții care să răspundă priorităților naționale indicate în Strategia națională de sănătate se impune derularea de către Ministerul Sănătății a unor proiecte-pilot, prin intermediul cărora să fie testate aplicarea unor modele, tehnici, tehnologii, concepte, metode, instrumente ori strategii inovative în domeniul medical, cum ar fi intervenții de sănătate publică, proceduri medicale, terapii medicale avansate, soluții organizaționale, managementul serviciilor de sănătate, administrare sanitară, mecanisme de contractare și plată a serviciilor de sănătate, registre electronice, programe informale, servicii de telemedicină; Selectarea de către Ministerul Sănătății a proiectelor-pilot se realizează prin proceduri deschise, cu respectarea principiilor transparenței, proporționalității și nediscriminării, precum și cu evitarea conflictelor de interes. Metodologia de selecție a proiectelor-pilot și criteriile de eligibilitate utilizate în procesul de selecție a acestora se stabilesc prin ordinul ministrului sănătății.

- Având în vedere necesitatea actualizării Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, se impune completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât Regulamentul menționat să fie aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

- Pentru a asigura claritatea și precizia normei, se propune ca reglementarea modalității de asigurare a medicamentelor imunologice care urmează a fi suportate prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, în bugetul FNUASS să fie cuprinsă în Titlul VIII al Legii nr. 95/2006, la Secțiunea a 3-a - Medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și alte mijloace terapeutice, art. 242. Totodată, în vederea aplicării corecte a normei, se menționează expres sursa de finanțare a costului administrării acestor medicamente, în sensul că acesta se suportă de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății alocat programelor naționale de sănătate publică, precum și modalitatea de plata, exprimată prin tarif în lei per serviciu medical. Având în vedere faptul că medicamentele imunologice au adresabilitate la diverse segmente populaționale, acestea urmează să fie stabilite prin ordin al ministrului sănătății.

- Pentru a asigura claritatea normei referitoare la tipul serviciilor medicale profilactice, se propune reglementarea modalității de informare și consiliere a persoanelor asigurate în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, prin intermediul furnizorilor de servicii cu care casele de asigurări se află în relații contractuale, asupra principalilor factori de risc pentru sănătate, precum și asupra mijloacelor de prevenire a îmbolnăvirilor, în cadrul serviciilor de evaluare periodică a stării de sănătate, inclusiv în ceea ce privește depistarea factorilor de risc, dar și în cadrul serviciilor de depistare precoce a afecțiunilor cronice cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor.

- Se reglementează autorizarea Ministerului Finanțelor să introducă în volumul și structura veniturilor și cheltuielilor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu menținerea echilibrului bugetar, la propunerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pe măsura încasării, a influențelor ce decurg din încasarea sumelor provenite din protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, precum și a sumelor provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat sunt cuprinse ca sursă de finanțare a bugetului FNUASS.

- Având în vedere necesitatea respectării prevederilor Planului Național de Redresare și Reziliență (PNRR), document asumat de Guvernul României respectiv implementarea măsurii privind „Dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate”, care presupune atingerea unui jalon privind elaborarea unui nou contract-cadru cu termen de realizare trimestrul II al anului 2023 și a dispozițiilor legale privind transparența decizională, precum și perioada necesară pentru elaborarea Contractului cadru și a normelor metodologice de aplicare a acestuia, pentru organizarea și desfășurarea procesului de consultări și negocieri prevăzute de dispozițiile exprese ale art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, precum și pentru procesul de avizare inter-instituțională a contractului-cadru, se reglementează un nou termen de elaborare a acestuia, respectiv până la data de 30 iunie pentru anul în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru. Totodată, proiectul de act normativ cuprinde precizări privind intrarea în vigoare și perioada de aplicare a acestor reglementări.

- Pentru a asigura claritatea și precizia normei, în concordanță cu dispozițiile Titlului VI din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se

reglementează faptul că din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu se suportă transplantul de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în contractul-cadru.

- Potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, acreditarea este o condiție obligatorie pentru unitățile sanitare care prestează sau nu servicii în relație cu sistemul public de asigurări de sănătate, cu excepția cabinetelor de medicină de familie, a cabinetelor medicale dentare și a cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate 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, precum și a laboratoarelor de analize medicale și de anatomie patologică.

În consecință, având în vedere faptul că potrivit Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare sunt categorii de furnizori care au obligația să se acrediteze, pentru a reglementa astfel modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de către casele de asigurări de sănătate cu furnizorii, prin OUG nr. 145/2020, prevederile art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 au fost modificate, astfel încât, în prezent, casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale care, după caz:

a) sunt autorizați și evaluați, potrivit Legii nr. 95/2006, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

b) sunt autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligați să se acrediteze, respectiv, sunt autorizați și acreditați, pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare.

În acest context, având în vedere faptul că în cuprinsul Titlului VIII din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare se înregistrează aspecte de contradictorialitate între prevederile art. 249 cu cele ale art. 238, 245, 253, 263 și 264, se impune asigurarea concordanței tuturor acestor din urmă norme cu cele ale art. 249, dar și cu cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare, fiind necesară modificarea expresă a dispozițiilor legale căzute în desuetudine.

Astfel, prin proiectul de act normativ se au în vedere reglementări care vizează armonizarea și corelarea dispozițiilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere atribuțiile instituționale stabilite prin alte acte normative de același nivel, conexe sistemului de asigurări sociale de sănătate.

- Prin proiectul de act normativ se propune ca și furnizorii de servicii conexe actului medical, care desfășoară activitate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, atât în baza contractelor de furnizare de servicii în cadrul programelor naționale cu scop curativ cât și în baza contractelor încheiate cu medicii de specialitate, să aibă obligația utilizării cardului național de asigurări sociale de sănătate în procesul de acordare a serviciilor conexe actului medical decontate din fond, fiind aplicabile în mod corespunzător și dispozițiile alin. (3) și (4) ale art. 337, precum și cele ale art. 223. Norma propusă are în vedere uniformizarea obligațiilor furnizorilor care acordă servicii decontate din FNUASS, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, indiferent dacă aceștia acordă servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, sau servicii conexe actului medical.

- Pentru a evita erori privind medicația și intervențiile necesare pacienților, prin proiectul de act normativ se clarifică informațiile și datele care sunt cuprinse în modulul "Sumar de urgență" din cadrul Dosarului electronic de sănătate al pacientului, în sensul reglementării faptului că acesta cuprinde informații referitoare la diagnostice, proceduri, investigații și tratamente, precum și informații referitoare la medicația eliberată aferente ultimelor 6 luni.

2. Cu privire la dispozițiile **Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare:**

Reglementările preconizate în cuprinsul prezentei ordonanțe au ca finalitate protecția asiguraților prin gestionarea eficientă a bugetului Fondului, prin instituirea de măsuri, ce constau, în principal, în eficientizarea activității de acordare, precum și în responsabilizarea asiguraților beneficiari de certificate de concediu medical.

Astfel, se reglementează în mod nediscriminatoriu faptul că toate persoanele fizice, care nu realizează venituri din salarii, se pot asigura opțional în sistem pe bază de contract pentru a beneficia de concedii și indemnizații, numai în limita sumei cuprinsă în declarația fiscală depusă în vederea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare și aceasta nu poate depăși valoarea de 3 ori a salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată, stabilit potrivit legii.

Pentru corelare cu prevederile unor documente juridice internaționale încheiate de România cu state non-UE, în domeniul securității sociale, se propune reglementarea modalității de asimilare a stagiului de cotizare în sistemul de asigurări sociale de sănătate perioadele în care persoanele asigurate au realizat, în temeiul legislației unui stat cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, stagii de asigurare atestate prin intermediul formularului privind totalizarea perioadelor de asigurare, eliberat de instituția competentă la care acestea au fost asigurate anterior.

- Prin prezentul proiect de act normativ se extinde reglementarea referitoare la suspendarea concediului de odihnă sau fără plată și pentru situația în care a fost instituită măsura de prevenire a răspândirii bolilor infectocontagioase potrivit art. 7 din Legea nr. 136/2020, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- Având în vedere că serviciile furnizate de psiholog pentru persoanele care îngrijesc bolnavii oncologici deja sunt cuprinse în Contractul-cadru, fiind finanțate din bugetul FNUASS potrivit art. 30³ alin (3), se impune eliminarea sursei de finanțare reprezentată de bugetul Ministerului Sănătății reglementată la art. 30¹ alin. (5).

Pentru a asigura corecta aplicare a dispozițiilor Legii nr. 24/2022 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, se reglementează modalitatea de încetare a plății indemnizațiilor pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice în cazul decesului acestuia.

Se reglementează dispoziții tranzitorii care cuprind reglementări referitoare la:

a) modificarea contractelor de asigurări pentru concedii și indemnizații, încheiate de către persoanele fizice cu casele de asigurări de sănătate, până la data de 1 a lunii următoare celei în care se împlinesc 60 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I a ordonanței, dacă persoanele în cauză doresc prelungirea contractelor în noile condiții, respectiv pentru indemnizații de asigurări sociale care nu pot depăși suma cuprinsă în declarația fiscală depusă în vederea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, sau după caz, limita a 3 salarii minime brute pe țară lunar, în caz contrar contractele încetează;

b) persoanele care se află în concedii medicale la încetarea contractelor, beneficiază de drepturile reprezentând indemnizații de asigurări sociale de sănătate aferente certificatelor de concediu medical eliberate până la încetarea acestor contracte. Aceste drepturi se acorda până la încetarea situației care a determinat necesitatea eliberării certificatelor medicale.

Totodată, pentru a asigura o reglementare care să nu lase loc la interpretări, se clarifică condițiile care trebuie îndeplinite pentru a beneficia de indemnizații de asigurări sociale de sănătate în cazul persoanelor asigurate care sunt cadre didactice a căror normă didactică se completează de la mai mulți angajatori.

De asemenea, se are în vedere asigurarea clarității normei și înlăturarea situațiilor în care o persoană asigurată care se află în două sau mai multe situații prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. A și B din OUG nr. 158/2005 să poată intra în concediu medical doar la unul dintre angajatori, desfășurând în același timp activități pentru care obține venituri de natură salarială.

În consecință, se stabilește termenul de intrare în vigoare al dispozițiilor art. 33 și art. 47 alin. (4) din OUG nr. 158/2005, astfel cum sunt modificate, la 30 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I a actului normativ.

3. În ceea ce privește dispozițiile **Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare:**

-Farmaciile cu circuit deschis, unitățile sanitare cu paturi și centrele de dializă care utilizează medicamente își asumă sub semnătură electronică și raportează la casele de asigurări de sănătate valoarea aferentă consumului de medicamente care include și TVA, care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și din bugetul Ministerului Sănătății, după cum urmează:

a) farmaciile cu circuit deschis raportează lunar consumul, în condițiile contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

b) unitățile sanitare cu paturi și centrele de dializă care utilizează raportează lunar, până la data de 15 a lunii curente pentru luna anterioară, la casele de asigurări de sănătate consumul de medicamente, pe baza metodologiei și a formularelor de raportare aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (art. 5 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare),

Casele de asigurări de sănătate raportează lunar consumul centralizat de medicamente către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza metodologiei și a formatului aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (art. 5 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare),

Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite în format electronic deținătorilor autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor, care sunt persoane juridice române, precum și deținătorilor autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor, care nu sunt persoane juridice române, prin reprezentanții legali ai acestora, în primele 5 zile lucrătoare a celei de-a doua luni următoare încheierii trimestrului pentru care datorează contribuția, valoarea aferentă consumului centralizat de medicamente care include și TVA suportat din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și din bugetul Ministerului Sănătății, pe baza raportărilor transmise de casele de asigurări de sănătate, conform datelor înregistrate în

platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate (art. 5 alin. (7¹) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare),

Farmaciile cu circuit deschis au obligația să depună/transmită, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente (art. 152 lit.q) din Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare),

Casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București raportează la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în format electronic, până la data de 22 inclusiv a lunii curente pentru luna anterioară, valoarea validată a consumului de medicamente care include și TVA, înregistrat în Platforma informatică din asigurările de sănătate, conform unui format de raportare standardizat (art. 3 din Metodologia de raportare lunară de către casele de asigurări de sănătate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate a valorii consumului centralizat de medicamente aprobată prin Ordinul președintelui CNAS nr. 1058/2015),

Din informațiile provenite de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prelucrarea și centralizarea lunară și trimestrială a datelor comunicate de Casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, migrarea datelor de consum înregistrate în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în tabele clawback precum și verificarea încrucișată a datelor solicită un interval de 5 zile lucrătoare,

Cu titlu de exemplu, fără a fi limitativ menționat, situația finală a codurilor de identificare a medicamentelor raportate de furnizorii de servicii medicale și de medicamente la casele de asigurări de sănătate, validate de acestea și suportate din Fondul național unic al asigurărilor sociale de sănătate și bugetul Ministerului Sănătății aferent trimestrului 3 – 2022, informații aferente ultimei luni din trimestru (septembrie 2022), au fost comunicate Ministerului Sănătății de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate în data de 24 octombrie 2022. Se precizează faptul că potrivit celor statuate de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare, termenul limită de emiteră a Ordinului ministrului sănătății prin care a fost aprobată lista aferentă trimestrului III – 2022 ce conține clasificarea medicamentelor de uz uman în medicamente de tip I, tip II și tip III a fost data de 25 octombrie 2022.

În baza datelor finale la care se face referire, Ministerul Sănătății, în colaborare cu Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, procedează la elaborarea unei Liste finale ce conține clasificarea medicamentelor de uz uman autorizate pentru punere pe piață în România, raportate de furnizorii de servicii medicale și de medicamente la casele de asigurări de sănătate și validate de acestea, suportate din Fondul național al asigurărilor sociale de sănătate și din bugetul Ministerului Sănătății, în medicamente de tip I, tip II și tip III, cu respectarea definiției fiecărui tip de medicament, așa cum este această stipulată la art. 3⁷ din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, privind

stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare. Această activitate, inclusiv avizarea, aprobarea și publicarea în transparență decizională a proiectului de Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Listei, în respectarea prevederilor Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, solicită minimum 15 zile lucrătoare, **se apreciază** oportun a se accentua faptul că aplicarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu trimitere la termenul de emitere a Ordinului ministrului sănătății privind aprobarea listei medicamentelor de tip I, tip II și tip III, relevă, fără echivoc, faptul că data de 25 inclusiv a lunii următoare încheierii unui trimestru nu este fezabilă, existând dificultăți în respectarea termenului, acesta fiind chiar irealizabil.

În considerarea celor arătate, se propune decalarea termenului până la data de 15 inclusiv a celei de-a doua luni următoare încheierii trimestrului pentru care se datorează contribuția pentru a putea fi respectate în integralitate atât termenele procedurale de avizare internă, cât și cele de transparență decizională. Totodată, se stabilește obligația ANMDMR – autoritatea națională competentă în domeniul autorizării medicamentelor de uz uman – de a încadra fiecare medicament corespunzător categoriei de care aparține.

- Se redefinește sintagma "reprezentant legal" al deținătorului de autorizație de punere pe piață a medicamentelor care nu este persoană juridică română, în sensul că pot duce la îndeplinire obligațiile legale prevăzute de OUG nr. 77/2011 atât persoana juridică română, împuternicită în acest sens, cât și dezmembrământul fără personalitate juridică al societății care are administrația centrală ori sediul principal în alte state membre ale Uniunii Europene sau în state aparținând Spațiului Economic European.

-Având în vedere necesitatea unei reglementări uniforme, care să instituie norme clare referitoare la asigurarea pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, prin actul normativ se statuează că cetățenii străini sau apatrizii aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina beneficiază de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate în aceleași condiții și cu finanțarea din aceleași surse ca pentru asigurații români.

2.4. Alte informații – Nu este cazul.

Secțiunea a 3-a **Impactul socioeconomic al actului normativ**

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

3.2. Impactul social

Luând în considerare creșterea cheltuielilor care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, determinate de creșterea numărului beneficiarilor de indemnizații de asigurări sociale de sănătate, prin actul normativ este propusă implementarea unor măsuri menite să îmbunătățească modalitatea de gestionare a fondurilor alocate pentru decontarea indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate de care beneficiază persoanele asigurate pe perioada în care se află în concediu medical.

3.3. Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului
Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.4. Impact macro-economic

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
3.4.1. Impactul asupra economiei și asupra principalilor indicatori macroeconomici Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
3.4.2. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat: Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
3.5. Impact asupra mediului de afaceri Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
3.6. Impact asupra mediului înconjurător Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
3.7. Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
3.8. Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
3.9. 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), inclusiv informații cu privire la cheltuieli și venituri						
- în mii lei (RON) -						
Indicatori	Anul curent	Următorii patru ani	Media pe cinci ani			
1	2	3	4	5	6	7
4.1 Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) impozit pe profit (ii) impozit pe venit b) bugete locale: (i) impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuții de asigurări d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)						
4.2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) bugete locale: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii						

d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)	
4.3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	
4.4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	
4.5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	
4.6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	
4.7. Prezentarea, în cazul actelor normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente: a) fișa financiară prevăzută la art.15 din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, însoțită de ipotezele și metodologia de calcul utilizată; b) declarație conform căreia majorarea de cheltuială respectivă este compatibilă cu obiectivele și prioritățile strategice specificate în strategia fiscal-bugetară, cu legea bugetară anuală și cu plafoanele de cheltuieli prezentate în strategia fiscal-bugetară	
4.8. Alte informații În prezent, pentru persoanele fizice care se asigură opțional pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, limita maximă a bazei de calcul este de: a) 3 salarii minime brute lunare pentru toate concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate (incapacitate temporară de muncă, de risc maternal, îngrijire copil bolnav etc.), cu excepția maternității; b) 12 salarii minime brute lunare pentru concedii și indemnizații de maternitate. În perioada ianuarie - august 2022, numărul persoanelor astfel asigurate la casele de asigurări de sănătate cu contract de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate a fost de 5.031, suma încasată la bugetul FNUASS, reprezentând contribuții pentru concedii și indemnizații de la această categorie de persoane fiind de 7.118,12 mii lei, iar suma plătită de casele de asigurări de sănătate din bugetul FNUASS reprezentând indemnizații de asigurări sociale de sănătate a fost în valoare de 119.217,44 mii lei. Reglementarea din proiectul de act normativ vizează stabilirea nivelului pentru care o persoană care se asigură opțional pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate prin raportare la același nivel pentru care se asigură și plătește contribuția pentru asigurări sociale de sănătate, care nu poate fi mai mic decât valoarea salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată, stabilit potrivit legii și nu poate depăși valoarea de 3 ori a salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată, stabilit potrivit legii. De asemenea, prezentul proiect de act normativ are în vedere alinierea modului de stabilire a bazei de calcul pentru indemnizația de maternitate în cazul persoanelor fizice care se asigură opțional, în concordanță cu nivelul veniturilor pentru care se asigură pentru celelalte tipuri de concedii, și respectiv pentru cele pentru care plătesc contribuții de asigurări sociale de sănătate. Astfel, prin modificările propuse în prezentul act normativ, chiar dacă aparent ar putea interveni o micșorare a veniturilor bugetului FNUASS aferente contribuțiilor pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, prin noua bază de calcul a indemnizațiilor, se	

estimează o aplicare justă, echitabilă și nediscriminatorie pentru calculul indemnizației de maternitate, ceea ce va conduce la o mai bună gestiune financiară a bugetului FNUASS alocat plății acestor indemnizații.

Secțiunea a 5-a

Efectele proiectului actului normativ asupra legislației în vigoare

5.1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor actului normativ

- modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei 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, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- modificarea și completarea Normelor de aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 15/2018/1311/2017;
- modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 106/32/2015 pentru aprobarea Regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor naționale și a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, a standardelor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, precum și a metodologiei-cadru de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare.

5.2. Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

5.3. Conformitatea actului normativ cu legislația UE (în cazul actelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE).

5.3.1. Măsuri normative necesare transunerii directivelor UE

5.3.2. Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

5.4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

5.5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

5.6. Alte informații - Nu sunt.

Secțiunea a 6-a

Consultările efectuate în vederea elaborării actului normativ

6.1. Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative.

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

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect

6.3. Informații despre 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. 635/2022 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative
Proiectul de act normativ a fost supus consultărilor structurilor asociative ale Unităților Administrative Teritoriale, prin adresa Ministerului Sănătății nr. SG41/13.01.2023.

6.4. Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative -Nu este cazul.

6.5. Informații privind avizarea de către:

- a) Consiliul Legislativ este necesar avizul
- b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării
- c) Consiliul Economic și Social
- d) Consiliul Concurenței
- e) Curtea de Conturi

6.6. Alte informații

Secțiunea a 7-a
Activități de informare publică privind elaborarea
și implementarea actului normativ

7.1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ
Prezentul act normativ respectă prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată, cu modificările ulterioare. Proiectul a fost publicat pe site-ul Ministerului Sănătății în data de 13.01.2023.

7.2. 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

Secțiunea a 8-a
Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea actului normativ

8.1. Măsurile de punere în aplicare a actului normativ

8.2. Alte informații - Nu sunt.

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru modificarea și completarea unor acte normative cu impact în domeniul sănătății, precum și pentru stabilirea unor măsuri cu privire la acordarea concediilor medicale.

Ministrul Sănătății

Alexandru Rafila



**p. Președintele Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate**

**Adela Cojan
Vicepreședinte**



Avizatori:

VICEPRIM-MINISTRU

Sorin Mihai GRINDEANU,

Ministrul transporturilor și infrastructurii

Ministrul Educației

Ligia DECA,



Ministrul Justiției

Marian-Cătălin PREDOIU

Ministrul Finanțelor

Adrian CĂCIU

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pentru modificarea și completarea unor acte normative cu impact în domeniul sănătății, precum și pentru stabilirea unor măsuri cu privire la acordarea concediilor medicale.

Ministrul Sănătății

Alexandru Rafila



**p. Președintele Casei Naționale de
Asigurări de Sănătate**

**Adela Cojan
Vicepreședinte**



Avizatori:

VICEPRIM-MINISTRU

Sorin Mihai GRINDEANU,

Ministrul transporturilor și infrastructurii

Ministrul Educației

Ligia DECA,

Ministrul Justiției

Marian-Cătălin PREDOIU

Ministrul Finanțelor

Adrian CĂCIU



*sa form adresa
POD/335/2023*

GUVERNUL ROMÂNIEI



ORDONANȚĂ

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

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 1 pct. V poz. 2 din Legea nr. 365/2022 privind abilitarea Guvernului de a emite ordonanțe, Guvernul României adoptă prezenta ordonanță.

ART. I

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

1. La articolul 4, la alineatul (1), după litera g³), se introduc două noi litere, lit. g⁴) și g⁵), cu următorul cuprins:

„g⁴) planuri naționale de dezvoltare a îngrijirilor medicale - planuri de implementare ale strategiei naționale de sănătate care au ca scop creșterea accesibilității la servicii medicale, aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

g⁵) proiect-pilot - un proiect experimental, limitat în timp și spațiu, prin intermediul căruia este testată aplicarea unor modele, tehnici, tehnologii, concepte, metode, instrumente ori strategii inovative în domeniul medical, cum ar fi intervenții de sănătate publică, proceduri medicale, terapii medicale avansate, soluții organizaționale, managementul serviciilor de sănătate, administrare sanitară, mecanisme de contractare și plată a serviciilor de sănătate, registre electronice, programe informale, servicii de telemedicină, cu scopul principal de a verifica fezabilitatea proiectului la scară largă și identificarea unor soluții care să răspundă priorităților naționale indicate în Strategia națională de sănătate.”

2. La articolul 16, la alineatul (1), după litera l), se introduc două noi litere litera m) și litera n), având următorul cuprins:

„m) aprobă, prin ordin al ministrului sănătății, Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă.

n) organizează, coordonează, implementează și monitorizează derularea de proiecte-pilot în colaborare cu autoritățile publice centrale sau locale, instituțiile și unitățile sanitare care asigură asistența de sănătate publică, precum și cu alți parteneri, inclusiv organizații neguvernamentale, în vederea eficientizării și creșterii calității serviciilor furnizate în domeniul sănătății publice în condițiile aprobate prin hotărâre a Guvernului.”

3. La articolul 16, după alin. (5) se introduce un nou alineat, alineatul (6), cu următorul conținut:
„ (6) Selectarea de către Ministerul Sănătății a proiectelor-pilot prevăzute la art. 16 alin. (1), lit. m) se realizează prin proceduri deschise, cu respectarea principiilor transparenței, proporționalității și nediscriminării, precum și cu evitarea conflictelor de interese. Metodologia de selecție a proiectelor-pilot și criteriile de eligibilitate utilizate în procesul de selecție a acestora se stabilesc prin ordinul ministrului sănătății.”

4. La articolul 58, alineatul (10) se modifică și va avea următorul cuprins:
”(10) Medicamentele imunologice și contraceptivele hormonale prevăzute la alin. (9) se achiziționează conform prevederilor alin. (6), iar contravaloarea acestora se suportă din bugetul alocat pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică, la nivelul prețului de achiziție, care nu poate depăși prețul cu ridicata, cu TVA, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.”

5. La articolul 220, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (2¹), cu următorul cuprins:
”(2¹) Ministerul Finanțelor este autorizat să introducă, la propunerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pe măsura încasării, influențele ce decurg din sumele provenite din protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, precum și din sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, în volumul și structura veniturilor și cheltuielilor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu menținerea echilibrului bugetar.”

6. La articolul 229, alineatele (2) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:
”(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, denumit în continuare CMSR, Colegiul Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor, denumit în continuare OBBC, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, până la data de 30 iunie a anului în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru. Data intrării în vigoare a contractului-cadru se stabilește în cuprinsul hotărârii de Guvern prin care acesta se aprobă și corespunde cu începutul unui nou trimestru calendaristic.

.....
(4) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, în urma negocierii cu CMR, CFR, CMSR, OAMGMAMR, OBBC, precum și cu consultarea organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, până la data de 30 iunie a anului pentru care se aprobă noile norme metodologice. Normele metodologice intră în vigoare odată cu hotărârea Guvernului prevăzută la alin. (2) și sunt valabile pe toată perioada de aplicabilitate a acesteia.”

7. Articolul 235 se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 235. În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații beneficiază, în condițiile prevăzute în contractul – cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia, prin intermediul furnizorilor de servicii cu care casele de asigurări se află în relații contractuale, de informare și consiliere asupra principalilor factori de risc pentru sănătate, precum și asupra mijloacelor de prevenire a îmbolnăvirilor, în cadrul serviciilor de evaluare periodică a stării de sănătate, inclusiv în ceea ce privește depistarea factorilor de risc în cadrul serviciilor de depistare precoce a afecțiunilor cronice.”

8. La articolul 242, după alineatul (2) se introduc cinci noi alineate, alin. (3) – (7), cu următorul cuprins:

”(3) În listă se pot include și medicamente imunologice definite la art. 699 pct.5 lit. a) subpct. (i), altele decât cele prevăzute la art. 58 alin. (9) sau care se administrează altor segmente populaționale decât cele prevăzute la art. 58 alin. (9).

(4) Medicamentele prevăzute la alin. (3) nu fac obiectul prevederilor art. 243 alin. (1) și (2). Includerea sau excluderea medicamentelor prevăzute la alin. (3) în/din lista prevăzută la alin. (1) se propune Ministerului Sănătății de către Comitetul Național de Vaccinologie pe baza unei metodologii aprobate prin ordin al ministrului sănătății..

(5) Contravaloarea medicamentelor prevăzute la alin. (3) eliberate asiguraților pe bază de prescripție medicală, se suportă de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, iar costul administrării acestora exprimat prin tarif în lei per serviciu medical se suportă de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății alocat programelor naționale de sănătate publică.

(6) Nivelul de compensare al medicamentelor prevăzute la alin. (3) se stabilește prin hotărârea de Guvern prevăzută la art. 242 alin. (1).

(7) Segmentele populaționale care beneficiază de medicamentele imunologice prevăzute la alin. (3) se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.”

9. La alineatul (1) al articolului 248, după litera Ț) se introduce o nouă literă, lit. u), cu următorul cuprins:

”u) transplantul de organe, țesuturi sau celule de origine umană, cu excepția situațiilor prevăzute în Contractul-cadru.”

10. La articolul 253, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Procesul de evaluare cuprinde cabinetele de medicină de familie, cabinetele medicale dentare și cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate 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, laboratoarele de analize medicale și de anatomie patologică, furnizorii de dispozitive medicale care realizează doar activitate de comercializare, unitățile farmaceutice - farmacii și officine de circuit deschis, precum și alte persoane fizice sau juridice autorizate în acest sens de Ministerul Sănătății.”

11. La articolul 337, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (2¹), cu următorul cuprins:

”(2¹) Furnizorii de servicii conexe actului medical, care desfășoară activitate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin hotărârile de Guvern prevăzute la art. 51 alin. (4) și art. 229 alin. (2), au obligația utilizării cardului național de asigurări sociale de sănătate în procesul de acordare a serviciilor conexe actului medical decontate din fond, fiind aplicabile în mod corespunzător și dispozițiile alin. (3) și (4), precum și cele ale art. 223.”

12. În cuprinsul art. 238 alin. (2) și (5), sintagmele ”autorizate și evaluate” și ”evaluați și autorizați” se înlocuiesc cu sintagmele ”autorizate și acreditate sau înscrise în procesul de acreditare” și ”autorizați și acreditați sau înscrși în procesul de acreditare”; în cuprinsul art. 238 alin. (4), sintagma ”autorizate și evaluate” se înlocuiește cu sintagma ”autorizate și evaluate sau, după caz, acreditate sau înscrise în procesul de acreditare”; în cuprinsul art. 245 alin. (1), sintagma ”autorizat și evaluat” se înlocuiește cu sintagma ”autorizat și acreditat sau înscris în procesul de acreditare”; în cuprinsul art. 263 alin. (1) sintagma ”autorizați și evaluați” se înlocuiește cu sintagma ”autorizați și evaluați sau, după caz, acreditați sau înscrși în procesul de acreditare”; în cuprinsul art. 264 sintagma ”autorizate și evaluate” se înlocuiește cu sintagma ”autorizate și acreditate sau înscrise în procesul de acreditare”.

13. La articolul 346⁶, litera a) a alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”a) modulul ”Sumar de urgență”, care cuprinde:

- alergii și intoleranțe diagnosticate;
- proteze și alte dispozitive medicale interne;
- transplant;
- fistulă arterio-venoasă;
- informații aferente ultimelor 6 luni referitoare la diagnostice, proceduri, investigații și tratamente, precum și informații referitoare la medicația eliberată;
- grup sanguin și factor Rh;”

ART. II

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

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

”(3) Dreptul la concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2), este condiționat de plata unei contribuții pentru asigurarea pentru concedii și indemnizații în cota de 1%, aplicată asupra venitului lunar înscris în contractul de asigurare, potrivit art. 5 alin. (1), care se face venit la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

2. La articolul 5, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Cota de contribuție prevăzută la art. 3 alin. (3) se datorează și se achită de către persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2), pentru un venit stabilit potrivit alin. (1¹).”

3. La articolul 5, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

”(1¹) Venitul lunar, prevăzut la alin. (1), este venitul lunar sau, după caz, media lunară a venitului înscris în declarația fiscală depusă în vederea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, potrivit art. 170 alin. (1), art. 174 alin. (6) și art. 180 alin. (2) și (3) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, care nu poate fi mai mic decât valoarea unui salariu de bază minim brut pe țară garantat în plată, stabilit potrivit legii și nu poate depăși valoarea de 3 ori a acestuia.”

4. La alineatul (2) al articolului 8, după litera d¹) se introduce o nouă literă, lit. d²), cu următorul cuprins:

”d²) persoanele asigurate au realizat, în temeiul legislației unui stat cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, stagii de asigurare atestate prin intermediul formularului privind totalizarea perioadelor de asigurare, eliberat de instituția competentă la care acestea au fost asigurate anterior.”

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

„(3) Pentru persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2), baza de calcul al indemnizațiilor prevăzute la art. 2 se determină ca medie a veniturilor asigurate, înscrise în contractul de asigurare, din ultimele 6 luni din cele 12 luni din care se constituie stagiul de asigurare, până la limita a 3 salarii de bază minime brute pe țară garantate în plată.”

6. La alineatul (4) al articolului 10, litera c¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

”c¹) veniturile asigurate în România în luna/lunile anterioară/anterioare lunii în care s-a eliberat certificatul de concediu medical sau, după caz, venitul lunar din prima lună de activitate/asigurare în România, pentru situațiile în care se utilizează perioadele prevăzute la art. 8 alin. (2) lit. d¹) și lit. d²), astfel: veniturile prevăzute la art. 8 alin. (1) lit. a) sau, după caz, venitul lunar din prima lună de activitate, în cazul persoanelor prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. A și B; veniturile prevăzute la art. 8 alin. (1) lit. c) sau, după caz, venitul lunar din prima lună de asigurare înscris în contractul de asigurare, în cazul persoanelor prevăzute la art. 1 alin. (2); veniturile prevăzute la art. 8 alin. (1) lit. d) sau, după caz, venitul lunar din prima lună de asigurare fără plata unei contribuții, în cazul persoanelor prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. C.”

7. La articolul 16, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:
„(3) Prevederile alin. (1) se aplică și în situația în care a fost instituită măsura de prevenire a răspândirii bolilor infectocontagioase potrivit art. 7 din Legea nr. 136/2020, republicată, cu modificările și completările ulterioare.”

8. La articolul 30¹, alineatul (5) se abrogă.

9. Articolul 33 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Pentru persoana asigurată care se află în două sau mai multe situații prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. A și B și care desfășoară activitatea la mai mulți angajatori, la fiecare fiind asigurată conform prezentei ordonanțe de urgență, stagiul de asigurare este de 6 luni realizate la fiecare angajator, indemnizațiile se calculează și se plătesc, după caz, de fiecare angajator. Baza de calcul pentru fiecare indemnizație o constituie numai venitul obținut pe fiecare loc de realizare.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), pentru persoanele asigurate care sunt cadre didactice a căror normă didactică se completează de la mai mulți angajatori, stagiul de asigurare de 6 luni, realizate în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical se utilizează de către toți angajatorii. Indemnizațiile se calculează și se plătesc de fiecare angajator.

(3) Modul de determinare a indemnizației de asigurări sociale de sănătate pentru situațiile prevăzute la alin. (2) este prevăzut în normele de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență.”

10. La articolul 41, după litera d) se introduce o nouă literă, lit. e), cu următorul cuprins:

”e) pacientul cu afecțiuni oncologice a decedat, beneficiarul fiind în acest caz asiguratul care îl îngrijește.”

11. La articolul 47, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(4) Constituie contravenție desfășurarea ~~activității~~ de către persoanele ~~prevăzute la art. 33~~ asigurate care se află în două sau mai multe situații prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. A și B de activități în baza cărora se obțin venituri din salarii sau asimilate salariilor, astfel cum acestea sunt stabilite prin Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, în perioada în care ~~au~~ beneficiază de concedii medicale și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, prevăzute de prezenta ordonanță de urgență.”

ART. III

Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680 din 26 septembrie 2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. La alineatul (2) al articolului 3⁷, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) lista "medicamentelor de tip I, tip II și tip III" se aprobă trimestrial prin ordin al ministrului sănătății, până la data de 15 inclusiv a celei de-a doua luni următoare încheierii trimestrului pentru care se datorează contribuția. Încadrarea în categoria de medicamente prevăzute la lit. a), b) și c) se realizează de către Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România.

2. Articolul 2 va avea următorul cuprins:

”Art. 2 În înțelesul prezentei ordonanțe de urgență, reprezentant legal este persoana juridică română sau, după caz, dezmembrământul fără personalitate juridică al societății care are administrația centrală ori sediul principal în alte state membre ale Uniunii Europene sau în state aparținând Spațiului Economic European, denumite în continuare state membre, împuternicită de către deținătorul autorizației de punere pe piață care nu este persoană juridică română pentru a duce la îndeplinire obligațiile legale prevăzute de prezenta ordonanță de urgență.”

3. Alineatul (1) al articolului 13 va avea următorul cuprins:

”(1) Deținătorii autorizației de punere pe piață, care nu sunt persoane juridice române, au obligația ca în termen de 15 zile de la emiterea deciziei de includere condiționată în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără

contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, să desemneze un reprezentant legal, persoană juridică română sau, după caz, dezmembrământul din România fără personalitate juridică al societății care are administrația centrală ori sediul principal în alte state membre, care să negocieze și să încheie contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, să declare și să plătească contribuțiile prevăzute la art. 12.

ART. IV

(1) Contractele de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate încheiate cu casele de asigurări de sănătate de către persoanele prevăzute la art. 1 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, potrivit prevederilor în vigoare la data prezentei ordonanțe, și care au venitul lunar asigurat mai mare decât venitul înscris în declarația fiscală depusă în vederea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 170 alin. (1), art. 174 alin. (6) și art. 180 alin. (2) și (3) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, sau, după caz, mai mare decât valoarea a 3 salarii de bază minime brute pe țară, pentru contractele de asigurare pentru concedii și indemnizații de maternitate, se modifică prin acte adiționale, până la data de 1 a lunii următoare celei în care se împlinesc 60 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I a prezentei ordonanțe.

(2) Modificările înscrise în actele adiționale se realizează în termenul prevăzut la alin. (1), la notificarea caselor de asigurări de sănătate, sub sancțiunea încetării contractelor de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Venitul lunar înscris în contractele prevăzute la alin. (1), contribuția lunară calculată și achitată, asupra acestui venit, pentru perioada de până la termenul prevăzut la alin. (1) nu se modifică. Drepturile reprezentând indemnizații de asigurări sociale de sănătate aferente certificatelor de concediu medical eliberate până la termenul prevăzut la alin. (1) se acordă până la încetarea situației care a determinat necesitatea eliberării respectivelor certificate medicale.

ART. V

Cetățenii străini sau apatrizii aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina beneficiază, cu finanțarea din aceleași surse, de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate ca și asigurații români pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

ART. VI

La articolul 8 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 509/24.06.2019, aprobată prin Legea nr. 180/2017, cu modificările și completările ulterioare, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

”(4) Începând cu anul 2023 în localități aflate în zone izolate sau greu accesibile, ori în localități fără acces la servicii de asistență medicală primară și unde atragerea personalului medical se face cu dificultate Ministerul Sănătății organizează un proiect-pilot, pe o perioadă de 24 luni, pentru testarea

și evaluarea impactului unor mecanisme de plată a personalului prevăzut la alin. (2) implicat în acordarea asistenței medicale comunitare.”

(5) Organizarea, coordonarea, implementarea și monitorizarea proiectului-pilot prevăzut la alin. (4) se realizează în condițiile prevăzute la articolul 16, alin. (1), litera n) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată .”

ART. VII

Dispozițiile art. 33 și art. 47 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acestea au fost modificate prin prezenta ordonanță, intră în vigoare în termen de 30 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I a prezentei ordonanțe.

ART. VIII

Pentru punerea în aplicare a art. II din prezenta ordonanță, Normele de aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 15/2018/1311/2017 se modifică în termen de maximum 30 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I a prezentei ordonanțe.

ART. IX

Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.074 din 29 noiembrie 2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv cu cele aduse prin prezenta ordonanță, se va republica în Monitorul Oficial al României, Partea I, după aprobarea prezentei ordonanțe prin lege, dându-se textelor o nouă numerotare.

PRIM-MINISTRU
Nicolae – Ionel CIUCĂ