HOTĂRÂRE Nr. 820/2020 din 1 octombrie 2020

privind modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, precum şi pentru stabilirea unor măsuri în domeniul programelor naţionale de sănătate, în contextul situaţiei epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2

EMITENT: GUVERNUL ROMÂNIEI

PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 898 din 2 octombrie 2020

Având în vedere prevederile Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situaţiei epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea şi completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educaţiei naţionale nr. 1/2011, precum şi a altor acte normative, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 179/2020, cu completările ulterioare, ale Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 145/2020 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, a Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, pentru abrogarea unor prevederi legale, precum şi pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătăţii, precum şi cele ale Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, republicată, cu modificările ulterioare,

în temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările şi completările ulterioare, se modifică şi se completează după cum urmează:

**1. În anexa nr. 1, la capitolul II litera A punctul 1.5, după litera i) se introduce o nouă literă, litera j), cu următorul cuprins:**

"j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap."

**2. În anexa nr. 2, la articolul 156, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

"ART. 156

(1) Modalităţile de prescriere, de eliberare şi de decontare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaţionale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum şi în cazul produselor biologice şi al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale - DCI corespunzătoare. Modalitatea de prescriere a medicamentelor se aplică în mod corespunzător şi în situaţia recomandării tratamentului prin scrisoare medicală/bilet de ieşire din spital utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Cu excepţia cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a preţului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu şi fără contribuţie personală, cu respectarea următoarelor condiţii:

a) pentru sublistele A, B şi D - o prescripţie/mai multe prescripţii lunar, care să nu depăşească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripţiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, cu excepţia celor din sublista B care fac obiectul contractelor cost-volum, calculată la nivelul preţului de referinţă, este de până la 330 lei pe lună;

b) în situaţia în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul preţului de referinţă, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă şi alte medicamente din sublista B; face excepţie situaţia în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu # care face obiectul contractelor cost-volum, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul preţului de referinţă mai mare de 330 lei, situaţie în care se pot prescrie în luna respectivă şi alte medicamente din sublista B, în condiţiile prevăzute la lit. a);

c) o singură prescripţie distinctă cu compensare 90% din preţul de referinţă, pentru maximum 3 medicamente din sublista B a cărei contravaloare la nivelul preţului de referinţă este de până la 330 lei pe lună/prescripţie, pentru pensionarii cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari de până la 1.299 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri; pentru diferenţa până la numărul maxim de 7 medicamente care pot fi prescrise din sublistele A, B şi D sunt aplicabile reglementările de la lit. a) şi b);

d) pentru sublista C secţiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripţie/maximum două prescripţii lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C secţiunea C3 - o singură prescripţie lunar, cu maximum 4 medicamente."

**3. În anexa nr. 2, la articolul 186, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:**

"(5) Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu încasează sume pentru documentele medicale necesare evaluării şi reevaluării medicale şi psihologice în vederea încadrării în grad de handicap, eliberate potrivit domeniului de competenţă, în urma serviciilor acordate."

**4. În anexa nr. 2, la articolul 191^1, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:**

"(3) Pentru a intra în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să fie autorizaţi şi evaluaţi sau autorizaţi şi acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare cu respectarea prevederilor art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare."

**5. În anexa nr. 2, la articolului 201, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

"(2) Furnizorii de servicii medicale au obligaţia:

a) să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală în vederea decontării;

b) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective de la persoanele care răspund potrivit legii şi au obligaţia reparării prejudiciului produs şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie plăţile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se evidenţiază la partea de venituri a bugetului Fondului conform legii."

**6. În anexa nr. 2, la articolul 205 alineatul (1), literele e) şi i) se modifică şi vor avea următorul cuprins:**

"e) corecţiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cu excepţia reconstrucţiei mamare prin endoprotezare şi a simetrizării consecutive acesteia în cazul intervenţiilor chirurgicale oncologice;

..........................................................................

i) asistenţa medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacităţii de muncă;".

**7. În anexa nr. 2, articolul 221 se modifică şi va avea următorul cuprins:**

"ART. 221

(1) Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate se pot suplimenta, prin încheierea unor acte adiţionale, după încheierea lunii în care au fost acordate investigaţiile paraclinice, pentru:

a) investigaţii paraclinice necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 după externarea din spital;

b) investigaţii paraclinice necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice şi boli cerebrovasculare - pentru afecţiunile respective.

(2) Pentru investigaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) şi b) furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ţine evidenţe distincte.

(3) Pentru încheierea actelor adiţionale de suplimentare a sumelor contractate pentru investigaţii medicale paraclinice potrivit alin. (1), în bugetul fondului se alocă sume suplimentare cu această destinaţie, pe baza cererilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate."

**8. În cuprinsul anexei nr. 2, sintagma "ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, precum şi daune sănătăţii propriei persoane, din culpă" se modifică şi se înlocuieşte cu sintagma "ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane".**

ART. II

Prin derogare de la prevederile art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2017 şi 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările şi completările ulterioare, în vederea aplicării dispoziţiilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situaţiei epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea şi completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educaţiei naţionale nr. 1/2011, precum şi a altor acte normative, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 179/2020, cu completările ulterioare, se stabilesc următoarele măsuri:

a) decontarea serviciilor de radioterapie, a serviciilor de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT, a serviciilor de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară la copii şi adulţi, a serviciilor de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom) la copii şi adulţi, a serviciilor de dializă, a serviciilor de tratament prin Gamma-Knife şi a serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate (HbA1c), acordate de unităţile specializate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative, se efectuează la nivelul realizat, raportat şi validat în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

b) în situaţia depăşirii valorilor de contract, pentru decontarea serviciilor prevăzute la lit. a), casele de asigurări de sănătate încheie acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, în luna următoare lunii în care aceste servicii au fost acordate, raportate şi validate în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate, după alocarea de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate a sumelor necesare în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, acestea asigurându-se prin suplimentarea bugetului Fondului naţional unic de sănătate, după caz.

ART. III

Prevederile de la art. I pct. 7 şi art. II sunt aplicabile până la data de 31 decembrie 2020.

PRIM-MINISTRU

**LUDOVIC ORBAN**

Contrasemnează:

Viceprim-ministru,

**Raluca Turcan**

Ministrul sănătăţii,

**Nelu Tătaru**

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

**Adela Cojan**

p. Ministrul muncii şi protecţiei sociale,

**Tudor Polak,**

secretar de stat

Ministrul finanţelor publice,

**Vasile-Florin Cîţu**

Bucureşti, 1 octombrie 2020.

Nr. 820.