**HOTĂRÂRE Nr. 924/2020 din 28 octombrie 2020**

**privind completarea anexei nr. 2 la 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**

EMITENT: GUVERNUL ROMÂNIEI

PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 1005 din 29 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,

în temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

ARTICOL UNIC

După capitolul XIV din anexa nr. 2 la 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 introduce un nou capitol, capitolul XV, cu următorul cuprins:

"CAPITOLUL XV

**Dispoziţii aplicabile până la data de 31 decembrie 2020 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2**

ART. 228

Din bugetul Fondului naţional unic al asigurărilor sociale de sănătate se suportă serviciile medicale şi medicamentele necesare pentru tratarea pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 şi a complicaţiilor acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum şi altor persoane aflate pe teritoriul României.

ART. 229

(1) Consultaţiile medicale la distanţă acordate în asistenţa medicală primară şi ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, se acordă şi se validează fără a fi necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 alin. (1) - (1^2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. Consultaţiile la distanţă sunt considerate consultaţii acordate în regim off-line şi se supun reglementărilor aplicabile acestora prevăzute de prezenta hotărâre şi normele sale de aplicare.

(2) Consultaţiile la distanţă din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare, precum şi cele de îngrijiri paliative în ambulatoriu se acordă fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere.

ART. 230

Contractele/Actele adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât şi de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă.

ART. 231

(1) Numărul maxim de consultaţii acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice este de maximum 8 consultaţii pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultaţii/lună/pacient cu boli cronice.

(2) Numărul maxim de consultaţii ce poate fi raportat pe zi la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin raportare la programul la cabinet al medicilor şi la numărul maxim de 8 consultaţii/oră/medic prevăzut la alin. (1).

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

(4) Serviciile de sănătate conexe actului medical furnizate de psiholog şi logoped prevăzute în pachetul de servicii de bază din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice pot fi acordate şi la distanţă - prin mijloace de comunicare la distanţă.

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

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

(7) Consultaţiile la distanţă prevăzute la alin. (3) se acordă şi se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultaţiilor la cabinet prevăzute în pachetele de servicii.

(8) Consultaţiile prevăzute la alin. (5), inclusiv cele la distanţă, se asimilează consultaţiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice.

ART. 232

(1) Medicii de familie, ca urmare a unei consultaţii, ce poate fi acordată şi la distanţă, prin care apreciază menţinerea beneficiului terapeutic al schemei stabile de tratament la pacienţii cu boli cronice, eliberează prescripţie medicală în continuare, fără a mai fi necesară o nouă reevaluare a medicului specialist, respectiv fără a mai fi necesară reînnoirea scrisorii medicale iniţiale. Medicul de familie iniţiază tratamentul specific şi în absenţa unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu \* din Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările ulterioare.

(2) Medicul de familie poate emite prescripţie medicală în continuare pentru pacienţii cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de către medicul specialist - scrisoare medicală şi/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, şi pentru medicamentele care până la data instituirii stării de urgenţă erau prescrise de către medicii specialişti în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările ulterioare, şi în Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare. Fac excepţie medicamentele/materialele sanitare utilizate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităţilor sanitare cu paturi, în condiţiile stabilite prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative.

(3) Pentru medicamentele notate cu \*\*), \*\*1), \*\*1Ω) şi \*\*1β) în Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările ulterioare, prescrierea se realizează potrivit Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, cu modificările şi completările ulterioare.

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

ART. 233

Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi conform prezentei hotărâri şi a normelor metodologice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, cu modificările şi completările ulterioare, cu modificarea prevederilor după cum urmează:

a) pentru unităţile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate aferente activităţii desfăşurate, prin încheierea unor acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate;

b) pentru unităţile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la lit. a), suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităţilor sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare lunară a fiecărui spital;

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

ART. 234

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 activitatea desfăşurată lunar până la data de 31 decembrie, după cum urmează:

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

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

c) la nivelul indicatorilor realizaţi, fără a depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare lunară a fiecărui spital, dacă se acoperă cheltuiala efectiv realizată;

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

(2) Pentru unităţile sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, altele decât cele prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate decontează activitatea desfăşurată lunar până la data de 31 decembrie, după cum urmează:

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

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

c) la nivelul indicatorilor realizaţi, fără a depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare lunară a fiecărui spital.

(3) Pentru unităţile sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecţiuni cronice se aplică prevederile alin. (1) lit. a) şi b).

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

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

(6) Pentru unităţile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea sumelor contractate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate se realizează la nivelul activităţii efectiv realizate - până la data de 31 decembrie, în condiţiile în care acesta depăşeşte nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(7) Pentru unităţile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi de zi, decontarea activităţii lunii mai se face potrivit reglementărilor aplicabile stării de urgenţă, respectiv perioadei următoare încetării stării de urgenţă, proporţional cu numărul de zile din lună aferent fiecărei reglementări legale.

ART. 235

Decontarea lunară din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate - pentru activitatea realizată până la data de 31 decembrie, pentru sanatorii/secţii sanatoriale din spitale, care desfăşoară activitate, aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face la nivelul indicatorilor realizaţi în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate, sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situaţia în care valoarea indicatorilor realizaţi este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II, III şi IV.

ART. 236

(1) Unităţile sanitare cu paturi raportează lunar şi trimestrial datele aferente cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate la casele de asigurări de sănătate şi la Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti.

(2) Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti are obligaţia transmiterii lunar şi trimestrial a datelor/informaţiilor de confirmare clinică şi medicală a activităţii unităţilor sanitare cu paturi, la termenele şi potrivit reglementărilor Ordinului preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă şi de zi, precum şi a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale pentru care se solicită reconfirmarea, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 237

(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) 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.

ART. 238

Pentru unităţile specializate care furnizează consultaţii de urgenţă la domiciliu şi transport sanitar neasistat aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în condiţiile în care serviciile realizate depăşesc nivelul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, prin încheierea unor acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile.

ART. 239

Pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu şi serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, în condiţiile în care acestea depăşesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv cele de îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 240

Pentru situaţiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepţia reprezentanţilor legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu şi fără contribuţie personală/dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive şi a persoanelor care desfăşoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi şi pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraţilor.

ART. 241

(1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unităţi sanitare cu paturi până la data de 31 decembrie, recuperarea cheltuielilor se face la nivelul tarifelor aferente serviciilor medicale sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat.

(2) Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti prevăzuţi la art. 234 alin. (1) - (3), cărora le sunt aplicabile, după caz, reglementările art. 234 alin. (1) lit. b) şi d), respectiv ale art. 234 alin. (2) lit. b), au obligaţia să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi şi copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

ART. 242

Măsurile prevăzute în prezentul capitol sunt aplicabile începând cu luna octombrie."

PRIM-MINISTRU

**LUDOVIC ORBAN**

Contrasemnează:

Viceprim-ministru,

**Raluca Turcan**

Ministrul sănătăţii,

**Nelu Tătaru**

p. Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

**Călin Gheorghe Fechete**

Bucureşti, 28 octombrie 2020.

Nr. 924.

----------------