

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 162 din 24 septembrie 2020

pentru completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative

EMITENT: GUVERNUL ROMÂNIEI

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 879 din 25 septembrie 2020

Data intrării în vigoare : 25 septembrie 2020

Forma actualizată valabilă la data de : 28 septembrie 2020

Prezenta formă actualizată este valabilă de la 25 septembrie 2020 până la 28 septembrie 2020

ARTICOL UNIC

După articolul 25 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 394 din 14 mai 2020, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, se introduce un nou articol, articolul 25¹, cu următorul cuprins:

"ART. 25¹

(1) **Începând cu data de 1 octombrie 2020 se prelungeste până la data de 31 decembrie 2020 aplicabilitatea măsurilor în domeniul sănătății, generate de riscul iminent asupra stării de sănătate a populației, determinată de epidemia cu virusul SARS-CoV-2, pe teritoriul României, prevăzute la art. 10 alin. (1) și (4)-(13), precum și la art. 14¹.**

ATENȚIE!!! Articolele invocate mai sus sunt următoarele:

ART. 10

(1) *Serviciile medicale și medicamentele pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României și se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond.*

(4) *Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești și programe naționale de sănătate.*

(5) *Pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea lunară se face fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III, după cum urmează:*

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

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

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de virusul SARS-CoV-2, pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19.

(6) În condițiile în care serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, depășesc nivelul contractat, decontarea acestora se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(6¹) Pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, inclusiv dacă a fost depășit nivelul contractat.

(7) Serviciile medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se decontează la nivelul activității efectiv realizate, dar nu mai mult de 8 consultații/oră/medic.

(8) Consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare. Consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se acordă cu încadrarea în numărul maxim de consultații prevăzut la alin. (7).

(9) Pentru pacienții cronici, medicii de familie pot prescrie inclusiv medicamentele restricționate din 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 Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

(10) În condițiile în care serviciile acordate de unitățile specializate, care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, depășesc nivelul contractat, decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile.

(11) Pentru investigațiile paraclinice și de imagistică medicală efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital și pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice au evidențe distincte, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice prin acte adiționale.

(12) În condițiile în care serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu acordate de furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate depășesc nivelul contractat, decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin

încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(13) Sanatoriile/Secțiile sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată conform reglementărilor legale în vigoare, iar decontarea lunară se face la nivelul indicatorilor realizați 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 situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III.

ART. 14¹

În bugetul Fondului vor fi alocate sume suplimentare pentru decontarea programelor de sănătate curative, a investigațiilor paraclinice și de imagistică medicală prevăzute la art. 10 alin. (6¹) și (11)

(2) Măsurile prevăzute la art. 10 alin. (5) și (13) se aplică până la data de 31 decembrie 2020, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrului IV al anului 2020.

ATENȚIE!!! Articolele invocate mai sus sunt următoarele:

ART. 10

(5) Pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea lunară se face fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III, după cum urmează:

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

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

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de virusul SARS-CoV-2, pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19.

(13) Sanatoriile/Secțiile sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată conform reglementărilor legale în vigoare, iar decontarea lunară se face la nivelul indicatorilor realizați 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 situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III.

(3) Prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **consultațiile medicale la distanță acordate**

în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(4) Decontarea serviciilor de **dializă**, precum și regularizarea trimestrială a acestora se vor efectua **în limita sumelor alocate** în bugetul Fondului cu această destinație.

(5) **Biletele de trimitere** pentru specialități clinice, inclusiv cele pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, biletele de trimitere pentru specialități paraclinice, recomandările medicale pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, **precum și deciziile** de aprobare pentru procurarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, al căror termen de valabilitate expiră înainte de sfârșitul anului 2020, își prelungesc **valabilitatea până la data de 31 decembrie 2020**.

(6) În bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se alocă, în condițiile legii, sume suplimentare pentru decontarea cu prioritate a concediilor medicale acordate persoanelor pentru care s-a instituit măsura de carantină sau izolare, potrivit dispozițiilor Legii nr. 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic.

(7) Influențele financiare determinate de creșterile salariale pentru personalul din unitățile sanitare publice și cele care au ca asociat unic unitățile administrativ-teritoriale, care ocupă funcțiile prevăzute la art. 38 alin. (4³) și (4⁴) din Legea-cadru nr. 153/2017, cu modificările și completările ulterioare, se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, de la titlul VI «Transferuri între unități ale administrației publice»