

HOT RÂRE Nr. 924/2020 din 28 octombrie 2020

privind completarea anexei nr. 2 la Hot rârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii i a Contractului-cadru care reglementeaz condi iile acord rii asisten ei medicale, a medicamentelor i a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate pentru anii 2018 - 2019

EMITENT: GUVERNUL ROMÂNIEI

PUBLICAT  N: MONITORUL OFICIAL NR. 1005 din 29 octombrie 2020

Av nd în vedere prevederile Ordonan ei de urgen  a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor m suri,  ncep nd cu data de 15 mai 2020, în contextul situa iei epidemiologice determinate de r sp ndirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea i completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educa iei na ionale nr. 1/2011, precum i a altor acte normative, aprobat cu modific ri i complet ri prin Legea nr. 179/2020, cu complet rile ulterioare,

 n temeiul art. 108 din Constitu ia României, republicat ,

Guvernul României adopt   prezenta hot râre.

ARTICOL UNIC

Dup capitolul XIV din anexa nr. 2 la Hot rârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii i a Contractului-cadru care reglementeaz condi iile acord rii asisten ei medicale, a medicamentelor i a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate pentru anii 2018 - 2019, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modific rile i complet rile ulterioare, se introduce un nou capitol, capitolul XV, cu urm torul cuprins:

"CAPITOLUL XV

Dispozi ii aplicabile p n la data de 31 decembrie 2020 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2

ART. 228

Din bugetul Fondului na ional unic al asigur rilor sociale de s n tate se suport serviciile medicale i medicamentele necesare pentru tratarea pacien ilor diagnostica i cu COVID-19 i a complica iilor acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum i altor persoane aflate pe teritoriul României.

ART. 229

(1) Consulta iile medicale la distan acordate în asisten a medical   primar i ambulatoriul de specialitate pentru specialit ile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicin fizic i de reabilitare, se acord i se valideaz f r a fi necesar utilizarea cardului na ional de asigur ri sociale de s n tate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prev zute la art. 223 alin. (1) - (1²) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul s n t ii, republicat , cu modific rile i complet rile ulterioare. Consulta iile

la distanță sunt considerate consultații acordate în regim off-line și se supun reglementărilor aplicabile acestora prevăzute de prezenta hotărâre și normele sale de aplicare.

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

ART. 230

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

ART. 231

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

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

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

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

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

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

(7) Consultațiile la distanță prevăzute la alin. (3) se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet prevăzute în

pachetele de servicii.

(8) Consulta iile prev zute la alin. (5), inclusiv cele la distan , se asimileaz consulta iilor din pachetul de servicii de baz acordate la cabinet pentru afec iuni acute, subacute i acutiz ri ale unor afec iuni cronice.

ART. 232

(1) Medicii de familie, ca urmare a unei consulta ii, ce poate fi acordat i la distan , prin care apreciaz men inerea beneficiului terapeutic al schemei stabile de tratament la pacien ii cu boli cronice, elibereaz prescrip ie medical în continuare, f r a mai fi necesar o nou reevaluare a medicului specialist, respectiv f r a mai fi necesar reînnoirea scrisorii medicale ini iale. Medicul de familie ini iaz tratamentul specific i în absen a unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu * din Lista cuprinzând denumirile comune interna ionale corespunz toare medicamentelor de care beneficiaz asigura ii, cu sau f r contribu ie personal , pe baz de prescrip ie medical , în sistemul de asigur ri sociale de s n tate, precum i denumirile comune interna ionale corespunz toare medicamentelor care se acord în cadrul programelor na ionale de s n tate, aprobat prin Hot rârea Guvernului nr. 720/2008, republicat , cu modific rile ulterioare.

(2) Medicul de familie poate emite prescrip ie medical în continuare pentru pacien ii cu boli cronice cu schem terapeutic stabil , în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de c tre medicul specialist - scrisoare medical i/sau confirmarea înregistr rii formularului specific de prescriere, i pentru medicamentele care pân la data instituirii st rii de urgen erau prescrise de c tre medicii speciali ti în conformitate cu limit rile de prescriere prev zute în Hot rârea Guvernului nr. 720/2008, republicat , cu modific rile ulterioare, i în Ordinul ministrului s n t ii publice i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocolelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune interna ionale prev zute în Lista cuprinzând denumirile comune interna ionale corespunz toare medicamentelor de care beneficiaz asigura ii, cu sau f r contribu ie personal , pe baz de prescrip ie medical , în sistemul de asigur ri sociale de s n tate, aprobat prin Hot rârea Guvernului nr. 720/2008, cu modific rile i complet rile ulterioare. Fac excep ie medicamentele/materialele sanitare utilizate în cadrul programelor na ionale de s n tate curative care se elibereaz exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unit ilor sanitare cu paturi, în condi iile stabilite prin normele tehnice de realizare a programelor na ionale de s n tate curative.

(3) Pentru medicamentele notate cu **), **) , **) i **) în Lista de medicamente aprobat prin Hot rârea Guvernului nr. 720/2008, republicat , cu modific rile ulterioare, prescrierea se realizeaz potrivit Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hot rârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii i a Contractului-cadru care reglementeaz condi iile acord rii asisten ei medicale, a medicamentelor i a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigur ri sociale de s n tate pentru anii 2018 - 2019, aprobate prin Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 397/836/2018, cu modific rile i complet rile ulterioare.

(4) Medicii din spital pot elibera, dac situa ia o impune, la externarea asiguratului,

prescrip ie medical pentru medicamente cu i f r contribu ie personal în ambulatoriu pentru maximum 90 de zile, conform scrisorii medicale/biletului de ie ire din spital, cu excep ia medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat pentru care durata de prescriere este de pân la 30 de zile.

ART. 233

Casele de asigur ri de s n tate contracteaz întreaga sum alocat de Casa Na ional de Asigur ri de S n tate cu destina ie servicii medicale spitalice ti, luând în calcul indicatorii specifici fiec rei unit i sanitare cu paturi conform prezentei hot râri i a normelor metodologice aprobate prin Ordinul ministrului s n t ii i al pre edintelui Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate nr. 397/836/2018, cu modific rile i complet rile ulterioare, cu modificarea prevederilor dup cum urmeaz :

a) pentru unit ile sanitare cu paturi care acord servicii în regim de spitalizare continu pacien ilor diagnostica i cu COVID-19, suma contractat lunar, pe baza indicatorilor specifici fiec rei unit i sanitare cu paturi, poate fi suplimentat la solicitarea furnizorilor pe baz de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate aferente activit ii desf urate, prin încheierea unor acte adi ionale de suplimentare a sumelor contractate;

b) pentru unit ile sanitare cu paturi care acord servicii în regim de spitalizare continu pentru afec iuni acute, aflate în rela ie contractual cu casele de asigur ri de s n tate, altele decât cele prev zute la lit. a), suma contractat lunar poate fi suplimentat la solicitarea unit ilor sanitare cu paturi pe baz de documente justificative, f r a dep i suma ce poate fi contractat în func ie de capacitatea maxim de func ionare lunar a fiec rui spital;

c) pentru unit ile sanitare cu paturi care acord servicii în regim de spitalizare de zi, suma contractat lunar poate fi suplimentat la solicitarea furnizorilor pe baz de documente justificative.

ART. 234

(1) Casele de asigur ri de s n tate deconteaz unit ilor sanitare cu paturi care acord servicii în regim de spitalizare continu pacien ilor diagnostica i cu COVID-19 activitatea desf urat lunar pân la data de 31 decembrie, dup cum urmeaz :

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realiza i în limita valorii de contract, dac se acoper contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situa ia în care valoarea aferent indicatorilor realiza i este mai mic sau egal cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realiza i, f r a dep i suma ce poate fi contractat în func ie de capacitatea maxim de func ionare lunar a fiec rui spital, dac se acoper cheltuiala efectiv realizat ;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situa ia în care acestea dep esc nivelul contractat, justificat de situa ia epidemiologic generat de virusul SARS-CoV-2.

(2) Pentru unit ile sanitare cu paturi aflate în rela ie contractual cu casele de asigur ri de s n tate care acord servicii în regim de spitalizare continu pentru afec iuni acute, altele decât cele prev zute la alin. (1), casele de asigur ri de s n tate deconteaz activitatea desf urat lunar pân la data de 31 decembrie, dup cum urmeaz :

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.

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni cronice se aplică prevederile alin. (1) lit. a) și b).

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

(5) Decontarea lunară 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, se face potrivit prevederilor alin. (1) - (3) și (7), fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II, III și IV.

(6) Pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea sumelor contractate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se realizează la nivelul activității efectiv realizate - până la data de 31 decembrie, în condițiile în care acesta depășește nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

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

ART. 235

Decontarea lunară din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate - pentru activitatea realizată până la data de 31 decembrie, pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, 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 indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II, III și IV.

ART. 236

(1) Unitățile sanitare cu paturi raportează lunar și trimestrial datele aferente cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate la casele de asigurări de sănătate și la Coala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

(2) Coala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București are obligația transmiterii lunar și trimestrial a datelor/informațiilor de

confirmare clinic și medical a activității unităților sanitare cu paturi, la termenele și potrivit reglementărilor Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 840/2018 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, cu modificările și 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 adiționale, după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, pentru:

a) investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital;

b) investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective.

(2) Pentru investigațiile prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte.

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

ART. 238

Pentru unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care serviciile realizate depășesc nivelul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile.

ART. 239

Pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale 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 situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicit 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 excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu

f r contribu ie personal /dispozitive medicale, tehnologii i dispozitive asistive i a persoanelor care desf oar activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi i pentru transmiterea de c tre casele de asigur ri de s n tate a documentelor eliberate, necesare asigura ilor.

ART. 241

(1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente interna ionale cu prevederi în domeniul s n t ii, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unit i sanitare cu paturi pân la data de 31 decembrie, recuperarea cheltuielilor se face la nivelul tarifelor aferente serviciilor medicale sau, dup caz, la nivelul sumei corespunz toare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat.

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalice ti prev zute la art. 234 alin. (1) - (3), c rora le sunt aplicabile, dup caz, reglement rile art. 234 alin. (1) lit. b) i d), respectiv ale art. 234 alin. (2) lit. b), au obliga ia s transmit caselor de asigur ri de s n tate cu care se afl în rela ie contractual , în vederea recuper rii cheltuielilor pentru serviciile prev zute la alin. (1), pe lâng copii ale documentelor de deschidere de drepturi i copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

ART. 242

M surile prev zute în prezentul capitol sunt aplicabile începând cu luna octombrie."

**PRIM-MINISTRU
LUDOVIC ORBAN**

Contrasemneaz :
Viceprim-ministru,
Raluca Turcan

Ministrul s n t ii,
Nelu T taru

p. Pre edintele Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate,
C lin Gheorghe Fechet

Bucure ti, 28 octombrie 2020.
Nr. 924.
