

HOTĂRÂRE nr. 351 din 25 martie 2021

pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății, prelungirea termenelor de aplicare a acestora, precum și prorogarea unor termene

EMITENT • **GUVERNUL ROMÂNIEI**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 313 din 29 martie 2021**

Data intrării în vigoare 01-04-2021

În temeiul [art. 108 din Constituția României, republicată](#),
Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articolul I

Termenul de aplicare a prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 140/2018](#) 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 2018-2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările și completările ulterioare, se prelungește până la data de 30 iunie 2021.

Articolul II

Decontarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, contractate pentru trimestrul II al anului 2021 prin acte adiționale la contractele derulate în anul 2020 de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii, se va face din sumele prevăzute pe domeniile de asistență medicală corespunzătoare, prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2021.

Articolul III

Termenele prevăzute la [art. 7 lit. h\)](#), [art. 24 lit. w\)](#), [art. 42 lit. x\)](#), [art. 59 lit. Ț\)](#), [art. 92 alin. \(1\) lit. ag\)](#), [art. 119 lit. u\)](#), [art. 130 lit. Ț\)](#), [art. 141 lit. u\)](#) din [anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018](#) 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 2018-2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările și completările ulterioare, se prorogă până la data de 30 iunie 2021.

Articolul IV

Anexa nr. 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 140/2018](#) 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 2018-2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La [articolul 149, alineatele \(1\) și \(4\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

Articolul 149

(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății și evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Pot intra în relație contractuală cu farmacia pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medici care pot prescrie aceste medicamente, conform prevederilor legale în vigoare.

(4) Reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta încheie un singur contract pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum și cost-volum-rezultat reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta încheie distinct cu casa de asigurări de sănătate acte adiționale la contractul pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

În situația în care societatea farmaceutică intră în relație contractuală numai pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, casa de asigurări de sănătate încheie contract în acest sens. În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficine locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme.

Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult două farmacii aflate în relație contractuală cu casa /casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care la una dintre farmacii asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.

2. La [articolul 152, litera l\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

l) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile prevăzute în norme, indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia; fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală;

3. La [articolul 154, litera n\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

n) începând cu data de 1 aprilie 2021, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să intre în relație contractuală cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente;

4. La [articolul 154, după litera n\)](#) se introduce o nouă literă, litera o), cu următorul cuprins:

o) să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală se află în relație contractuală situațiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la prescrierea medicamentelor, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute de prezenta hotărâre, după caz.

5. După [capitolul XVI](#) se introduce un nou capitol, capitolul XVII, cu următorul cuprins:

Capitolul XVII

Dispoziții aplicabile până la data de 30 iunie 2021 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2

Articolul 252

(1) 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 alin. \(1\)-\(1²\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Consultațiile 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.

Articolul 253

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.

Articolul 254

(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 6 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 6 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 6 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 6 consultații/oră.

(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 vor 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, prevăzute în prezenta hotărâre și normele metodologice de aplicare a acesteia.

(8) Consultațiile prevăzute la alin. (5), inclusiv cele la distanță, se asimilează consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

Articolul 255

(1) Prin derogare de la prevederile [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:

a) medicul de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu * 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, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare;

b) medicul de familie poate emite prescripție medicală în continuare pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de către medicul specialist - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care se prescriu de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, și în [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#) pentru aprobarea [protocoalelor terapeutice](#) privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute 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, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru medicamentele notate cu **, **1), **Ω), **1Ω) și **1β) în Lista de medicamente aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, prescrierea se realizează potrivit [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2018 a [Hotărârii Guvernului nr. 140/2018](#) 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 2018-2019, aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018](#), cu modificările și completările ulterioare.

(3) Medicii din spital pot elibera, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru maximum 90/91/92 de zile, cu excepția medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat pentru care durata de prescriere este de până la 30 de zile.

Articolul 256

Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi conform prezentei hotărâri și [normelor metodologice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018](#), cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 257

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute activitatea desfășurată lunar la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, în limita fondurilor cu această destinație.

(2) 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, decontarea activității desfășurate se realizează la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract.

Articolul 258

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

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

Articolul 259

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 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 excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală /dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților.

Articolul V

Începând cu data de 1 aprilie 2021, farmaciile care au încheiate contracte atât cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate, cât și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, potrivit prevederilor [art. 149 alin. \(4\) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018](#) 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 2018-2019, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta hotărâre, trebuie să opteze cu care dintre cele două case de asigurări de sănătate rămân în relație contractuală, având obligația de a notifica în scris respectiva decizie ambelor case de asigurări de sănătate.

Articolul VI

Termenul de aplicare a prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 155/2017](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se prelungește până la data de 30 iunie 2021.

Articolul VII

Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. La **articolul 11, litera f)** va avea următorul cuprins:

f) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale, inclusiv pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile prevăzute în norme, indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia;

2. **Articolul 45** va avea următorul cuprins:

Articolul 45

*În vederea creșterii accesului bolnavilor la tratamente, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, medicii de familie pot emite prescripții medicale, pentru bolnavii cu schemă terapeutică stabilă, tratați în cadrul programelor naționale de sănătate curative, în baza documentelor medicale care au fost emise acestora de către medicii specialiști - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele notate cu **, **1), **Ω) și **1Ω) 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 [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, care sunt prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#) pentru aprobarea [protocoalelor terapeutice](#) privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute 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, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi, în condițiile stabilite prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.*

Articolul VIII

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2021.

PRIM-MINISTRU

FLORIN-VASILE CÎȚU

Contrasemnează:

Viceprim-ministru,

Ilie-Dan Barna

Ministrul sănătății,

Vlad Vasile Voiculescu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Adrian Gheorghe

București, 25 martie 2021.

Nr. 351.
