

HOTĂRÂRE Nr. 820/2020 din 1 octombrie 2020

privind modificarea și completarea 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, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul programelor naționale de sănătate, în contextul situației 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 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, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, cu completările ulterioare, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 145/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, pentru abrogarea unor prevederi legale, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, precum și cele ale 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 ulterioare, în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

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. 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 competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap."

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

"ART. 156

(1) Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale - DCI corespunzătoare. Modalitatea de prescriere a medicamentelor se aplică în mod corespunzător și în situația recomandării tratamentului prin scrisoare medicală/bilet de ieșire din spital utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Cu excepția 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 prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:

a) pentru sublistele A, B și D - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, cu excepția celor din sublista B care fac obiectul contractelor cost-volum, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 330 lei pe lună;

b) în situația 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 prețului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B; face excepție situația 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 prețului de referință mai mare de 330 lei, situație în care se pot prescrie în luna respectivă și alte medicamente din sublista B, în condițiile prevăzute la lit. a);

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

d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maximum două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție 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 aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu încasează sume pentru documentele medicale necesare evaluării și reevaluării medicale și psihologice în vederea încadrării în grad de handicap, eliberate potrivit domeniului de competență, în urma serviciilor acordate."

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

"(3) Pentru a intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să fie autorizați și evaluați sau autorizați și acreditați/înscriși în procesul de acreditare cu respectarea prevederilor art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare."

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

"(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația:

a) să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală în vederea decontării;

b) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective de la persoanele care răspund potrivit legii și au obligația reparării prejudiciului produs și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație 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 plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se evidențiază la partea de venituri a bugetului Fondului conform legii."

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

cuprins:

"e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cu excepția reconstrucției mamare prin endoprotezare și a simetrizării consecutive acesteia în cazul intervențiilor chirurgicale oncologice;

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

7. În anexa nr. 2, articolul 221 se modifică și 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 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) lit. a) și b) 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."

8. În cuprinsul anexei nr. 2, sintagma "ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății proprii persoane, din culpă" se modifică și se înlocuiește cu sintagma "ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane".

ART. II

Prin derogare de la prevederile art. 7 alin. (4) din 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, în vederea aplicării dispozițiilor 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, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, cu completările ulterioare, se stabilesc următoarele măsuri:

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

b) în situația depășirii valorilor de contract, pentru decontarea serviciilor prevăzute la lit. a), casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în luna următoare lunii în care aceste servicii au fost acordate, raportate și validate în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate, după alocarea de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate a

sumelor necesare în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, acestea asigurându-se prin suplimentarea bugetului Fondului național unic de sănătate, după caz.

ART. III

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

PRIM-MINISTRU  
LUDOVIC ORBAN

Contrasemnează:  
Viceprim-ministru,  
Raluca Turcan

Ministrul sănătății,  
Nelu Tătaru

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
Adela Cojan

p. Ministrul muncii și protecției sociale,  
Tudor Polak,  
secretar de stat

Ministrul finanțelor publice,  
Vasile-Florin Cîțu

București, 1 octombrie 2020.  
Nr. 820.

-----