

HOTĂRÂRE Nr. 475/2021 din 21 aprilie 2021

pentru completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, precum și privind modificarea și completarea anexei 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 și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul asistenței medicale spitalicești în contextul epidemiologic determinat de răspândirea virusului SARS-CoV-2

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

După articolul 47 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, se introduce un nou articol, articolul 48, cu următorul cuprins:

"ART. 48

În trimestrul II al anului 2021, 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 sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, raportate și validate în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate, se efectuează în conformitate cu prevederile art. 6 alin. (1) - (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi 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, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008."

ART. II

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 254, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(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. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României."

2. Articolul 256 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 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, după cum urmează:

a) pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021 privind aprobarea Planului de măsuri pentru organizarea spitalelor și a unităților de dializă în contextul pandemiei de COVID-19 și a listei spitalelor și unităților de dializă care asigură asistența medicală pentru pacienți, cazuri confirmate și suspecte de COVID-19, conform clasificării spitalelor în 3 niveluri de competență, cu modificările ulterioare, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate;

b) pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la lit. a), suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităților sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăși suma ce poate fi contractată, în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital."

3. Articolul 257 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 257

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 prevăzute în anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările ulterioare, activitatea desfășurată lunar, 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, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2.

(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 acute, altele decât cele prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate decontează activitatea desfășurată lunar, 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.

(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), cărora le 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), fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrului II al anului 2021."

4. După articolul 257 se introduc două noi articole, articolele 257¹ și 257², cu următorul cuprins:

"ART. 257¹

(1) În cazul unităților sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările ulterioare, și pentru care decontarea se face potrivit art. 257 alin. (1) lit. d), valoarea cheltuielilor efectiv realizate care depășesc nivelul contractat, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie în trimestrul II al anului 2021 acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate după încheierea lunii în care au fost realizate, nu poate depăși valoarea cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 434/2021, cu modificările ulterioare, în cursul trimestrului I al anului 2021 și care nu au încheiat în fiecare lună a trimestrului acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, suma contractată poate fi suplimentată în trimestrul II al anului 2021 la solicitarea furnizorilor, pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, iar decontarea activității în trimestrul II al anului 2021 se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (2), precum și în cazul creșterii numărului de cazuri COVID-19, care necesită internarea în unitățile sanitare care asigură asistența medicală pentru pacienți diagnosticați cu COVID-19, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local și/sau național, după caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial, cu aplicarea corespunzătoare a prevederilor art. 257 alin. (1) lit. d).

ART. 257²

Decontarea lunară din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate 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 trimestrului II al anului 2021."

5. După articolul 258 se introduce un nou articol, articolul 258¹, cu următorul cuprins:

"ART. 258¹

(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, 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 prin acte adiționale după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice.

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

6. După articolul 259 se introduc două noi articole, articolele 260 și 261, cu următorul cuprins:

"ART. 260

Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă serviciile medicale și medicamentele necesare pentru tratarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 și a complicațiilor acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum și altor persoane aflate pe teritoriul României.

ART. 261

(1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unități sanitare cu paturi, 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 spitalicești prevăzuți la art. 257 alin. (1) - (3), cărora le sunt aplicabile, după caz, prevederile art. 257 alin. (1) lit. b) și d), respectiv ale art. 257 alin. (2) lit. b), au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi, și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat."

ART. III

În aplicarea dispozițiilor art. 4 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi 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, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008, la solicitarea fundamentată a unităților sanitare care tratează pacienți diagnosticați cu COVID-19, casele de asigurări de sănătate alocă sumele puse la dispoziție de

Casa Națională de Asigurări de Sănătate potrivit art. 4 alin. (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 20/2021, pentru plata cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat.

ART. IV

Măsurile prevăzute de prezenta hotărâre sunt aplicabile până la finalul oricărei luni din trimestrul II al anului 2021 în care eventual încetează starea de alertă declarată potrivit legii.

**PRIM-MINISTRU
FLORIN-VASILE CÎȚU**