



GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sanatate pentru anii 2021 – 2022

Având în vedere:

- Art. II din Ordonanța Guvernului nr. 18/2021 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea unor acte normative în domeniul sănătății, precum și pentru abrogarea art. 4 din Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA;

- Decizia Curții de Conturi a României nr. 12/V/03.11.2017 emisă de către directorul Direcției 2 din cadrul Departamentului V al Curții de Conturi;

- Legea nr. 1/2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea de amendament semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020, prevede în Anexa nr. 4 - Indicatori de rezultat care stau la baza tragerilor din împrumut, rezultate care stau la baza tragerilor din împrumut și sume alocate, pentru indicatorul DLI#3 Ponderea fondurilor alocate pentru asistența medicală primară din bugetul CNAS, că unul dintre rezultatele pentru a fi considerat îndeplinit indicatorul este extinderea serviciilor asigurate la nivelul asistenței medicale primare,

- Hotărârea Parlamentului României nr. 42/2021 pentru acordarea încrederii Guvernului.

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

1. Titlul Hotărârii se modifică și va avea următorul cuprins:

“Hotărâre 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 2021 - 2022”

2. Punctul 1 de la lit. A a Capitolului I din anexa 1, se modifică și va avea următorul cuprins:

„A. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- 1.2. supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic;
- 1.3. consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei;
- 1.4. consultații de planificare familială;
- 1.5. servicii de prevenție;
- 1.6. activități de suport;
- 1.7. servicii adiționale.

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, depistare de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz.

1.3. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei

Acestea includ luarea în evidență a gravidei, supravegherea sarcinii și urmărirea lăuzei.

Consultațiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere se acordă la domiciliu.

1.4. Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială includ:

- a) consilierea persoanei privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive.

1.5. Servicii de prevenție

1.6. Activități de suport

Acestea includ examinarea pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, în condițiile stabilite prin norme.

1.7. Servicii adiționale

Acestea reprezintă servicii care se oferă opțional exclusiv persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, conform curriculei de pregătire a medicului, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru la cabinet.”

3. Litera A a Capitolului II din anexa 1, se modifică și va avea următorul cuprins:

„A. Pachetul de servicii de bază în asistența medicală primară

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii medicale adiționale;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii medicale curative

1.1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie.

1.1.2. Consultațiile în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice se acordă în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.1. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

1.1.3. Consultațiile periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice se realizează pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive - sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani, privind:

- a) creșterea și dezvoltarea;
- b) starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c) depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform normelor.

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei: luarea în evidență a gravidei, supravegherea sarcinii și urmărirea lăuzei.

Consultațiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere se acordă la domiciliu.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală

1.2.4. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației și depistare boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc

1.3. Consultațiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă pentru asigurații înscrși pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infectocontagioase și lăuzelor.

1.3.3. Este considerată consultație la domiciliu inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.4. Serviciile medicale adiționale

1.4.1. Acestea reprezintă servicii care se oferă opțional exclusiv asiguraților de pe lista proprie, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru la cabinet. Serviciile adiționale se acordă la nivelul cabinetului medical sau la domiciliu și sunt detaliate conform normelor.

1.4.2. Aceste servicii sunt acordate de către medicul de familie în următoarele condiții:

a) medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz.

NOTĂ:

Condițiile acordării se stabilesc prin norme, în limita sumei contractate conform actului adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, din fondul alocat asistenței medicale paraclinice.

b) conform curriculei de pregătire a medicului.

NOTĂ:

Condițiile acordării și punctajul aferent se stabilesc prin norme.

1.5. Activitățile de suport

Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a) certificat de concediu medical;

b) bilete de trimitere;

c) prescripții medicale;

d) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăvire;

e) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;

f) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare;

g) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului;

h) eliberarea fișei medicale sintetice pentru copilul încadrat în grad de handicap sau care urmează să fie încadrat în grad de handicap;

i) adeverință de încadrare în muncă pentru șomeri beneficiari ai pachetului de bază;

j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;

k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

l) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

Administrarea schemei de tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat; se acordă asigurărilor de pe lista proprie a medicului de familie.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.”

4. La punctul 1.8 de la litera B a Capitolului II din anexa nr. 1, după litera l), se introduce o nouă literă, litera m), care va avea următorul cuprins:

„ m) medicină fizică și de reabilitare”

5. Punctul 1.8.1 de la litera B a Capitolului II din Anexa nr. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

”1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

a) neurologie și neurologie pediatrică:

a1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

a2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;

b) otorinolaringologie;

- b1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- b2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
- c) psihiatrie și psihiatrie pediatrică:
 - c1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - c2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
 - c3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- d) reumatologie - servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare prin al cărui model este prevăzut în norme;
- e) ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică: servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- f) oncologie medicală: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- g) diabet zaharat, nutriție și boli metabolice: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- h) hematologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- i) nefrologie și nefrologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- j) oncologie și hematologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- k) cardiologie:
 - k1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - k2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- l) pneumologie:
 - l1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - l2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- m) îngrijiri paliative: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;
- n) medicină fizică și de reabilitare: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, servicii furnizate de fizioterapeut.”

6. Litera C a Capitolului II din Anexa nr. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“C. Pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament cuprinde proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament

NOTĂ:

Condițiile acordării serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, lista afecțiunilor pentru care se pot recomanda proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament, perioadele pentru care se pot acorda și procedurile specifice care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri se stabilesc în norme.”

7. Litera C a Capitolului III din Anexa nr. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“C. Asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază, în baza de tratament de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C conform normelor. Furnizorii acordă servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază în baza de de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C, conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C se acordă numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.”

8. Punctul 2 al lit. c) a art. 7 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea fixă a punctului per capita și pe serviciu, respectiv valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu medical adițional; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

9. Litera n) a art. 7 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„n) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

10. Litera k) a art. 9 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„k) să facă publică valoarea fixă a punctului per capita și pe serviciu, respectiv valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical adițional rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizate trimestrial, per capita, pe serviciu și pe serviciu medical adițional, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

11. Alineatele (2) – (7) ale art. 14 din anexa nr. 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă și gen, ajustat în condițiile prevăzute în norme în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, și cu valoarea fixă pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează, în condițiile prevăzute în norme.

Valoarea fixă a unui punct per capita este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind

prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, astfel:

b1) suma convenită pentru serviciile medicale adiționale conform curriculei de pregătire a medicului de familie, se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale adiționale, și cu valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu medical adițional. Numărul de puncte aferent serviciului medical adițional, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu medical adițional și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu medical adițional se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical adițional este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical adițional, prevăzută în norme.

b2) suma convenită pentru celelalte servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea fixă a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, nivelul valorii fixe pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme.

Valoarea fixă a unui punct pe serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme.

(3) Pentru stabilirea valorilor punctelor per capita și pe serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. fondul alocat pentru trimestrul I, inclusiv suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3), și suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. fondul alocat pentru perioada aprilie-decembrie, din care:

a) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;

b) 40% pentru plata per capita și 60% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la pct. 1 și pct. 2 lit. a);

c) fondurile rămase neconsumate după plata sumelor prevăzute la pct. 1 și pct. 2 lit. a) și a sumelor pentru plata punctelor per capita și pe serviciu calculate la valoarea fixă se utilizează pentru plata serviciilor medicale adiționale conform prezentei hotărâri și normelor metodologice de aplicare ale acesteia.

(4) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical adițional este egală cu valoarea fixă pentru un punct pe serviciu medical stabilită conform art. 14 alin. (2) lit. b2).

(5) Fondurile rămase neconsumate după plata sumelor prevăzute la alin. (3) se pot utiliza ca fonduri suplimentare pentru alte domenii de asistență medicală. În situația în care sunt necesare fonduri suplimentare pentru plata serviciilor medicale adiționale la nivelul valorii minim garantate a punctului, acestea se asigură prin rectificare bugetară sau virări de credite.

(6) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical adițional se stabilește trimestrial până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în condițiile prevăzute în norme, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical adițional unică pe țară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical adițional nu poate fi mai mare decât cu maximum 50% decât valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical adițional.

(7) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct pe serviciu medical adițional se determină astfel: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate potrivit convenției de furnizare de servicii medicale încheiată cu casa de asigurări de sănătate, potrivit art. 15 și sumele pentru plata punctelor per capita și pe serviciu realizate în trimestrul respectiv.

12. Litera a) a art. 15 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea fixă pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, prevăzut în norme, se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea;”

13. Alineatul (1) al art. 16 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea fixă pentru un punct per capita, respectiv la valoarea fixă pentru un punct pe serviciu, respectiv la valoarea minim garantată pentru un punct pe serviciu medical adițional.

Regularizarea trimestrială pentru plata punctelor aferente serviciilor medicale adiționale se face la valoarea definitivă pentru un punct pe serviciu adițional, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.”

14. Alineatele (1) –(4) ale art. 17 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea prevederilor art. 13 alin. (4), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea fixă unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea fixă unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), k), m) - o), q) - v) și z), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 lit. ș), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea fixă unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea fixă unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea fixă unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. i) și p), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea fixă unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea fixă unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.”

15. Alineatul (2) al art. 21 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se asigură de:

a) medici de specialitate, inclusiv de către medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor de sănătate conexe actului medical;

b) pentru acupunctură, de către medici care au obținut competență/atestat de studii complementare de acupunctură, certificați de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare;

c) pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu de către:

1. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de către medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialității, cât și a competenței,

2. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie și medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare.”

16. Alineatul (3) al art. 21 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă, după caz, prin:

a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

e) unități sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;

f) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică;

g) cabinete de îngrijiri paliative organizate conform dispozițiilor legale în vigoare;

h) societăți de turism balnear și de medicină fizică și de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003.”

17. Alineatul (1) al art. 22 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice, inclusiv cu medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat. În situația în care un medic are o specialitate/mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.”

18. Alineatul (3) al art. 22 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Cabinetele medicale de îngrijiri paliative în ambulatoriu în care își desfășoară activitatea medici cu specialități clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie și medici de specialitate medicină fizică și de reabilitare, cu competență/atestat de îngrijiri paliative certificate de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu.”

19. Alineatul (4) al art. 22 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(4) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aplicabil pe perioada de valabilitate a prezentului Contract-cadru. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. Comisia stabilește numărul necesar de medici și numărul necesar de norme. Pentru specialitățile clinice, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitățile clinice se ajustează în mod corespunzător. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, reprezentanți ai organizațiilor patronale și sindicale și ai societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare reprezentative la nivel județean, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local.”

20. Litera h) de la alineatul (1) al art. 23 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”h) actul doveditor privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice inclusiv furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă și calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, și, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru fizioterapeuți autorizație de liberă practică eliberată conform prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare;”

21. Prima teză a art. 24 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

”În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, îngrijiri paliative și acupunctură au următoarele obligații:”

22. Punctul 2 al literei c), literele l) și o) de la art. 24 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

”c) (...) 2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicul din specialitatea medicină fizică și de reabilitare eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;”

.....
„l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”
.....

”o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare familială, precum și a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;”

23. Prima teză a art. 26 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

“În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, acupunctură și îngrijiri paliative, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații: (...)”

24. Alineatele (2)-(5) de la art. 27 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 21 alin. (3), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 30 alin. (2).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. În sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.

(4) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sănătății și CMR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme.”

25. Literele a) și b) ale alin. (1) de la art. 35 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.”

26. Literele b) și c) ale alin. (2) de la art. 35 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.”

27. Alineatul (3) de la art. 35 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 24 lit. o) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.”

28. Literele b) și c) ale alin. (4) de la art. 35 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se

înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații.”

29. Litera e) de la art. 37 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

”e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii medicale din specialitatea medicină fizică și de reabilitare, de servicii de planificare familială, acupunctură și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și a documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și a documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;”

30. Titlul Capitolului III din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament.”

31. Prima teză a alineatului (1) al art. 39 din anexa nr. 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament trebuie să îndeplinească următoarele condiții:”

32. După alineatul (2) al art. 39 din anexa nr. 2, se introduce un nou alineat, alin. (3) cu următorul cuprins:

“(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenței a cel puțin unui medic de specialitate medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, și dotarea necesară conform legislației în vigoare.”

33. Art. 40 din anexa nr. 2 se abrogă.

34. Litera g) a art. 41 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) programul de lucru al bazei de tratament/ al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevăzut în norme”.

35. Litera i) a art. 41 din anexa 2 se abrogă.

36. Alineatul (4) al art. 41 din anexa 2, se abrogă.

37. Prima teză a art. 42 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au următoarele obligații:”

38. Literele i), m), p), r), ș), t) și w) - y) ale art. 42 din anexa nr. 2 se abrogă.

39. Literele c), e), l), n), o) și q) ale art. 42 din anexa nr. 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) să țină evidența serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata serviciului prin completarea unei fișe de tratament întocmită conform recomandărilor din Planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică și de reabilitare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul bazei de tratament/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară într-o formă legală profesia la baza de tratament/punctul de lucru respectiv; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.

n) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond;

o) să acorde servicii de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament asiguraților numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în norme;

q) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;”

40. Prima teză a art. 43 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au următoarele drepturi:”

41. Litera d) a art. 43 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“d) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;”

42. Prima teză, literele a) și b) ale art. 44 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„În relațiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract”;

43. Litera k) a art. 44 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“k) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament au în dotare aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;”

44. Literele l)-n) ale art. 44 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe zi de tratament, în condițiile stabilite prin norme.

m) să deconteze serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

n) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor art. 45 alin. (2).”

45. Alineatul (1) al art. 45 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale sau cu CASA OPSNAJ.”

46. Prima teză a alineatului (2) al art. 45 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, astfel.”

47. Alineatele (3) – (5) ale art. 45 din anexa nr. 2 se abrogă.

48. Articolul 46 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„, Servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se acordă în condițiile prevăzute în norme”.

49. Articolul 47 din anexa nr. 2 se abrogă.

50. Alineatele (1) și (2) ale art. 48 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) Baza de tratament își stabilește programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.”

51. Alineatele (3) și (4) al art. 48 din anexa nr. 2 se abrogă.

52. Alineatele (1) și (2) ale art. 49 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din baza de tratament cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Suma contractată se stabilește conform normelor și se defalcă pe trimestre și luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare din baza de tratament este tariful pe zi de tratament, exprimat în lei.”

53. Articolul 50 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;”

54. Alineatele (1) și (2) ale art. 51 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament, furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii”.

55. Alineatele (1) - (3) ale art. 52 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. a), c), d), g), k), l), q), s) și Ț) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente nerespectarea obligației prevăzute la art. 42 lit. o) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații”.

56. Alineatul (5) al art. 52 din anexa nr. 2 se abrogă.

57. Alineatele (6)-(9) ale art. 52 din Anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) – (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de

asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor, după caz.”

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație”.

58. Prima teză a alineatului (1) al art. 53 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:”

59. Litera f) de la alineatul (1) al art. 53 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.”

60. Prima teză a articolului 54 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:”

61. Literele e) și g) ale articolului 54 din anexa nr. 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a personalului medico – sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;”

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive.”

62. Litera h) a art. 54 din anexa nr. 2 se abrogă.

63. Prima teză a articolului 55 din anexa nr. 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:”

64. Litera k) a art. 59 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

65. Alineatele (8) și (10) ale art. 72 din anexa 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(8) Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la alin. (10).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii. În sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al(e) unității sanitare cu paturi.

.....
(10) În situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice.”

66. Litera i) a art. 74 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

67. Litera h) a alineatului (1) al art. 86 din anexa 2, se abrogă.

68. La alineatul (2) al art. 89 din anexa 2, după litera b.13), se introduc două noi litere, literele b.14) și b.15), cu următorul cuprins:

„b.14) monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 , (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b.15) servicii medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează și în ambulatoriul de specialitate clinic.”

69. Litera l) a alin. (1) al art. 92 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

70. Litera i) a alin. (1) art. 107 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

71. Litera i) a art. 119 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

72. Litera i) a art. 130 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

73. Litera j) a art. 141 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

74. Litera j) a art. 164 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.”

75. Litera g) a articolului 185 se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.”

76. În tot cuprinsul actului normativ, sintagma "dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive" se înlocuiește cu sintagma "dispozitive medicale".

ART. II

Prevederile cuprinse la art. I din prezenta Hotărâre a Guvernului intră în vigoare la data de 1 aprilie 2022.

PRIM-MINISTRU

Nicolae-Ionel CIUCĂ

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

SECȚIUNEA 1 TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022

SECȚIUNEA A 2-A MOTIVUL EMITERII ACTULUI NORMATIV

Art. II din Ordonanța Guvernului nr. 18/2021 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea unor acte normative în domeniul sănătății, precum și pentru abrogarea art. 4 din Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, potrivit căruia în tot cuprinsul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sintagma "dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive" se înlocuiește cu sintagma "dispozitive medicale".

Decizia Curții de Conturi a României nr. 12/V/03.11.2017 emisă de către directorul Direcției 2 din cadrul Departamentului V al Curții de Conturi;

Legea nr. 1/2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea de amendament semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020, prevede în Anexa nr. 4 - Indicatori de rezultat care stau la baza tragerilor din împrumut, rezultate care stau la baza tragerilor din împrumut și sume alocate, pentru indicatorul DLI#3 Pondere fondurilor alocate pentru asistența medicală primară din bugetul CNAS, că unul dintre rezultatele pentru a fi considerat îndeplinit indicatorul este extinderea serviciilor asigurate la nivelul asistenței medicale primare.

Hotărârea Parlamentului României nr. 42/2021 pentru acordarea încrederii Guvernului prin care se prevede asigurarea accesului permanent, rapid și neîngrădit al tuturor cetățenilor la asistență medicală primară.

1. Descrierea situației actuale

În prezent, pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară din Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, cuprinde un număr de numai patru servicii medicale adiționale ce pot fi acordate de medicii de familie conform curriculei de pregătire în specialitate, asiguraților înscriși pe lista proprie de pacienți, doar la nivelul cabinetului.

De asemenea, prevederile privind pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice din Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, nu cuprind reglementări referitoare la serviciile pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare care se acordă de către medicii de specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare.

În Capitolul II - Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, nu sunt cuprinse prevederi privind:

- condițiile acordării serviciilor pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;
- furnizorii de servicii medicale care pot acorda servicii pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;
- sancțiunile care se aplică în cazul în care furnizorii care acordă servicii pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare nu își îndeplinesc obligațiile prevăzute în contractele încheiate cu casele de asigurare.

2. Schimbări preconizate

În proiectul de hotărâre se reglementează:

- lărgirea spectrului de servicii medicale adiționale ce pot fi acordate de medicii de familie, atât la nivelul cabinetului cât și la domiciliul pacientului. Acordarea de către medicii de familie a unor servicii medicale adiționale diversificate, conform curriculei de pregătire în specialitate, adaptate nevoii de îngrijiri a pacienților, atât la nivelul cabinetului cât și la domiciliul pacientului, creează premisele privind asigurarea accesului permanent la serviciile medicale acordate de medicii de familie cu diminuarea perioadei de recuperare a sănătății și reducerea numărului de internări evitabile.
- revizuirea mecanismului de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară potrivit prevederilor Legii nr. 1/2021, precum și a recomandărilor cuprinse în Decizia 12/V/03.11.2017 emisă de către directorul Direcției 2 din cadrul Departamentului V al Curții de Conturi;
- pachetul de servicii medicale de bază acordat în asistența medicală ambulatorie de specialitate, cuprinde și serviciile acordate de medicii de specialitate cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare;
- posibilitatea majorării programului de lucru cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic de specialitate paraclinică, în situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru.

3. Alte informații (**)- Nu este cazul.

SECȚIUNEA A 3-A IMPACTUL SOCIOECONOMIC AL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Impactul macroeconomic

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

1¹. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2. Impactul asupra mediului de afaceri

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2¹. Impactul asupra sarcinilor administrative

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2². Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

3. Impactul social

Se asigură acces sporit la servicii medicale adiționale oferite conform curriculei de pregătire în specialitate de către medicii de familie pentru persoanele asigurate și persoanele care nu fac dovada asigurării.

Se asigură acces sporit la serviciile medicale furnizate de medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare precum și la servicii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament pentru asigurați.

4. Impactul asupra mediului (***)

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5. Alte informații

Nu sunt.

SECȚIUNEA A 4-A IMPACTUL FINANCIAR ASUPRA BUGETULUI GENERAL CONSOLIDAT, ATÂT PE TERMEN SCURT, PENTRU ANUL CURENT, CÂT ȘI PE TERMEN LUNG (PE 5 ANI) - mil lei -

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) impozit pe profit (ii) impozit pe venit b) bugete locale: (i) impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat:						

(i) contribuții de asigurări						
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) venituri proprii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii						
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale						
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare						
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare						
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare						
7. Alte informații	Măsura nu afectează bugetul aprobat prin Legea bugetului de stat pentru anul 2022.					

SECȚIUNEA A 5-A

EFECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE

1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ):

a) Acte normative care se modifica sau se abroga ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare – se modifică.

b) Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții

1¹. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

3. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente

Nu este cazul.

6. Alte informații

Nu sunt.

SECȚIUNEA A 6-A CONSULTĂRILE EFECTUATE ÎN VEDEREA ELABORĂRII PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate

Negocieri cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor, precum și consultări cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.

2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ

Prevederile art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative

Actul normativ nu se referă la acest subiect.

4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente

Nu este cazul.

5. Informații privind avizarea de către:

- a) Consiliul Legislativ - se supune avizului Consiliului legislativ.
- b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării
- c) Consiliul Economic și Social
- d) Consiliul Concurenței
- e) Curtea de Conturi

6. Alte informații

Nu este cazul.

**SECȚIUNEA A 7-A
ACTIVITĂȚI DE INFORMARE PUBLICĂ PRIVIND ELABORAREA
ȘI IMPLEMENTAREA PROIECTULUI DE ACT NORMATIV**

1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ

S-au respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată.

Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 11 ianuarie 2022.

2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice

Nu este cazul.

3. Alte informații

Nu sunt.

**SECȚIUNEA A 8-A
MĂSURI DE IMPLEMENTARE**

1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

2. Alte informații

Nu sunt.

Față de cele prezentate a fost elaborat prezentul proiect de Hotărâre pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, pe care vă rugăm să-l aprobați.

**Ministrul sănătății,
Alexandru RAFILA**

**p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Adela COJAN
Vicepreședinte**

Avizăm:

**Ministrul finanțelor publice,
Adrian CÂCIU**

**Ministrul justiției,
Marian Cătălin PREDOIU**