



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:

- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 54/2021 pentru modificarea și completarea art. 230 și 349 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin care s-a stabilit că prevederile privind faptul că asigurații, care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic, pot plăti o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tarifele serviciilor medicale acordate de furnizorii privați și tarifele suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se aplică după 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2022;

- 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 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.

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;
- 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 asigurării 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 asigurătorilor nedepasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asigurătorilor 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 asigurătorilor 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 asigurătorilor 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. 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;”

5. 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.”

6. 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;”

7. Alineatele (2) – (7) ale articolului 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 stabilita 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 rectificarea bugetară sau virări de credite.

(6) Valoarea definitivă a unui punct pe 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.

8. 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;”

9. 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.”

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

„ART. 17

(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.”

11. După punctul 2 al lit. a) a art. 24 din anexa 2, se introduce un nou punct, punctul 3, cu următorul cuprins:

„3. valoarea contribuției personale plătită în mod direct de către asigurat, sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, pe baza consimțământului prealabil exprimat în scris, pentru serviciile diagnostice și terapeutice din pachetul de bază acordate de furnizorii privați; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferent serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală cu valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;”

12. După punctul 4 al lit. c) a art. 24 din anexa 2, se introduce un nou punct, punctul 5, cu următorul cuprins:

„5. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui

contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferent serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală cu valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical, prevăzută în norme, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare și/sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;”

13. Literele l) și v) a art. 24 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.

v) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

14. La articolul 24 din anexa 2, după litera x) se introduce o literă nouă, litera y), cu următorul cuprins:

„y) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul furnizorilor privați, pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, conform modelului prevăzut în norme;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.”

15. Articolul 25 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 25

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme;

e) să primească, lunar și trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate, motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

f) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii privați de servicii medicale pot să încaseze contribuție personală cu consimțământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în norme, pentru serviciile diagnostice și terapeutice prevăzute în pachetul de bază.”

16. La articolul 32 din anexa 2, după alineatul (5), se introduce un nou alineat, alineatul (6) cu următorul cuprins:

„(6) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală, pentru serviciile diagnostice și terapeutice prevăzute în pachetul de bază, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora.

Modalitatea și condițiile acordării serviciilor diagnostice și terapeutice rămân neschimbate și sunt cele stabilite pentru serviciile diagnostice și terapeutice din pachetul de servicii de bază acordat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Nivelul contribuției personale reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferent serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală cu valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical, prevăzută în norme.

Contribuția personală a asiguratului se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului.

Devizul estimativ cuprinde următoarele rubrici:

- a) tariful practicat de furnizorul privat pentru serviciul medical pentru care se încasează contribuție personală;
- b) suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferent serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală cu valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical;
- c) contribuția personală a asiguratului calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru serviciul medical pentru care se încasează contribuție personală și suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferent serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală cu valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical.
- d) servicii medicale suplimentare și/sau la cerere, care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

Devizul estimativ se poate modifica cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Modelul devizului estimativ este prevăzut în norme.

Decontul se eliberează de către furnizor după furnizarea serviciului pentru care se încasează contribuție personală și cuprinde aceleași rubrici ca devizul estimativ.

Formularul de consimțământ al asiguratului sau al reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita, în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferent serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală cu valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical, prevăzută în norme, calculată la momentul semnării formularului va include toate elementele devizului estimativ, inclusiv serviciile suplimentare și/sau la cerere, precum și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

17. Alineatul (2) al art. 35 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 24 lit. a), c), d), g), i), k) - m), p) - ș), v), w) și y) 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, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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 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 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.”

18. La litera a) a art. 42 din anexa 2, după punctul 2 se introduce un punct nou, punctul 3, cu următorul cuprins:

„3. valoarea contribuției personale plătită în mod direct de către asigurat, sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, pe baza consimțământului prealabil exprimat în scris, pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament - din pachetul de bază acordate de furnizorii privați; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma decontată de casa de asigurări de sănătate pentru serviciul medical pentru care se încasează contribuție personală și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;”

19. După punctul 4 al lit. c) a art. 42 din anexa 2, se introduce un nou punct, punctul 5, cu următorul cuprins:

„5. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, calculat la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare și/sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare.”

20. Literele l) și w) a art. 42 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.

w) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.”

21. La articolul 42 din anexa 2, după litera y), se introduce o nouă literă, litera z), cu următorul cuprins:

„z) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul furnizorilor privați, pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare, conform modelului prevăzut în norme;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.”

22. Articolul 43 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 43

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, 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;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme;

e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

f) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme;

g) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii privați de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare pot să încaseze contribuție personală cu consimțământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în norme, pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament - din pachetul de bază.”

23. La articolul 49, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (4), cu următorul cuprins:

„(4) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare pot încasa din partea asiguratului, pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament -, o sumă reprezentând contribuția personală, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora.

Modalitatea și condițiile acordării procedurilor specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament - rămân nemodificate și sunt cele stabilite pentru procedurile specifice în cadrul unei serii de proceduri din pachetul de servicii de bază acordat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Nivelul contribuției personale reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător zilei de tratament, prevăzute în norme.

Contribuția personală a asiguratului se detaliază în devizul estimativ înaintat asiguratului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului.

Devizul estimativ cuprinde următoarele rubrici:

- a) tariful practicat de furnizorul privat pentru serviciul medical pentru care se încasează contribuție personală;
- b) tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător zilei de tratament;
- c) contribuția personală a asiguratului calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru serviciul medical pentru care se încasează contribuție personală și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător zilei de tratament.
- d) servicii medicale suplimentare și/sau la cerere, care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

Devizul estimativ se poate modifica cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Modelul devizului estimativ este prevăzut în norme.

Decontul se eliberează de către furnizorul privat după acordarea serviciului pentru care se încasează contribuție personală și cuprinde aceleași rubrici ca devizul estimativ.

Formularul de consimțământ al asiguratului sau al reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita, în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală, calculat la momentul semnării formularului va include toate elementele devizului estimativ, inclusiv serviciile suplimentare și/sau la cerere, precum și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare.”

24. Alineatul (2) al art. 52 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. a), c), d), g), i), k) - m), p) - ș), ț), w), x) și z), precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, 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 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 aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

25. 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.”

26. 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.”

27. La litera a) a art. 74 din anexa 2, după pct. 2, se introduce un nou punct, punctul 3, cu următorul cuprins:

„3. valoarea contribuției personale plătită în mod direct de către asigurat, sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, pe baza consimțământului prealabil exprimat în scris, pentru investigațiile paraclinice - analize de laborator - Hemoleucogramă completă, Creatinină serică, Colesterol seric total, Examen complet de urină, Uree serică, Acid uric seric, Calciu seric total, Magneziemie, din pachetul de bază acordate de furnizorii privați; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma decontată de casa de asigurări de sănătate pentru serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;

28. Litera i) și ad) 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.”

.....

„ad) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

29. După litera ad) a art. 74 din anexa 2, se introduc două noi litere, literele ae) și af), cu următorul cuprins:

„ae) să asigure utilizarea formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, calculat la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare și/sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

af) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul furnizorilor privați, pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, conform modelului prevăzut în norme;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.”

30. Articolul 75 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 75

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, 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;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

f) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii privați de servicii medicale pot să încaseze contribuție personală cu consimțământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în norme, pentru serviciile medicale din pachetul de bază.”

31. După alineatul (2) al articolului 77 din anexa 2, se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:

„(3) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora.

Pentru investigațiile paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, investigațiile paraclinice recomandate de către medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, precum și pentru investigațiile paraclinice recomandate de către medicii de familie care au evidențiat pe biletul de trimitere management de caz, furnizorii de servicii medicale privați nu pot solicita contribuție personală.

Modalitatea și condițiile acordării serviciilor medicale rămân nemodificate și sunt cele stabilite pentru serviciile din pachetul de servicii de bază acordat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Nivelul contribuției personale reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător serviciului medical paraclinic, prevăzut în norme.

Contribuția personală a asiguratului se detaliază în devizul estimativ înaintat asiguratului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului.

Devizul estimativ cuprinde următoarele rubrici:

- a) tariful practicat de furnizorul privat pentru serviciul medical paraclinic pentru care se încasează contribuție personală;
- b) tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător serviciului medical paraclinic;
- c) contribuția personală a asiguratului calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru serviciul medical pentru care se încasează contribuție personală și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător serviciului medical paraclinic.
- d) servicii medicale paraclinice suplimentare și/sau la cerere, care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Devizul estimativ se poate modifica cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Modelul devizului estimativ este prevăzut în norme.

Decontul se eliberează de către furnizor după furnizarea serviciului pentru care se încasează contribuție personală și cuprinde aceleași rubrici ca devizul estimativ.

Formularul de consimțământ al asiguratului sau al reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita, în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător serviciului medical paraclinic pentru care se încasează contribuție personală, calculat la momentul semnării formularului va include toate elementele devizului estimativ, inclusiv serviciile suplimentare și/sau la cerere, precum și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.”

32. Alineatul (2) al art. 80 din anexa 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 74 lit. a), c), f), h), i), k) - m), o) - q), w), x), ad) - af), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

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

34. 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.”

35. 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.”

36. 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.”

37. 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.”

38. 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.”

39. 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.”

40. 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.”

41. 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.”

42. 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

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

Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 54/2021 pentru modificarea și completarea art. 230 și 349 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin care s-a stabilit că prevederile privind faptul că asigurații, care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic, pot plăti o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tarifele serviciilor medicale acordate de furnizorii privați și tarifele suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se aplică după 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2022;

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.

1. Descrierea situației actuale

În prezent, 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, nu cuprinde prevederi referitoare la contribuția personală pe care o pot plăti asigurații pentru unele servicii medicale în ambulatoriu clinic de specialitate, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare și ambulatoriu paraclinic de specialitate, în condițiile în care aceștia optează ca aceste servicii să fie acordate de furnizori privați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

De asemenea, nu sunt reglementate:

- tipurile de servicii medicale în ambulatoriu clinic de specialitate, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare și ambulatoriu paraclinic de specialitate pentru care asigurații plătesc contribuție personală;

- modalitatea și condițiile acordării acestora;

- procedura de stabilire a nivelului contribuției personale;

Prevederile actuale privind pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară nu cuprind reglementări privind referitoare la serviciile adiționale care pot fi oferite opțional exclusiv persoanelor

înscrise pe lista medicului de familie, conform curriculei de pregătire a medicului. În pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară, categoria serviciilor medicale adiționale asigurate la nivelul asistenței medicale primare, conform curriculei de pregătire a medicului cuprinde doar patru servicii medicale adiționale: efectuarea spirometriei, măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale timp de 24 de ore (ABPM/MATA), măsurarea indicelui de presiune gleznă – braț, efectuarea și interpretarea electrocardiograamei pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate.

2. Schimbări preconizate

Proiectul de hotărâre cuprinde reglementări prin care se prevede că:

- pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde și serviciile medicale adiționale reprezentând 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;

- pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară este completat cu o varietate de servicii medicale adiționale, conform curriculei de pregătire a medicului de familie, asigurate la nivelul asistenței medicale primare, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru la cabinet, astfel încât un număr cât mai mare de cazuri să fie rezolvate la nivelul asistenței medicale primare, contribuind la răsturnarea piramidei serviciilor medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu întărirea rolului medicului de familie în sistem;

- persoanele asigurate care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic, pot plăti o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tarifele serviciilor medicale acordate de furnizorii privați și tarifele suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

- valoarea contribuției personale poate fi plătită în mod direct de către asigurat, sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, pe baza consimțământului prealabil exprimat în scris, pentru serviciile diagnostice și terapeutice din pachetul de bază acordate de furnizorii privați;

- furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală, **pentru serviciile diagnostice și terapeutice prevăzute în pachetul de bază**, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora; nivelul contribuției personale reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferent serviciului medical pentru care se încasează contribuție personală cu valoarea minim garantată a punctului pe serviciu medical, prevăzută în norme.

- furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală, **pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament, prevăzute în pachetul de bază**, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora; nivelul contribuției personale reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, corespunzător zilei de tratament, prevăzut în norme;

- furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală, **pentru investigațiile paraclinice - analize de laborator - Hemoleucogramă completă, Creatinină serică, Colesterol seric total, Examen complet de urină, Uree serică, Acid uric seric, Calciu seric total, Magneziemie, prevăzute în pachetul de bază**, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora; nivelul contribuției personale reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și tariful decontat de casa de asigurări de sănătate, prevăzut în norme;

- contribuția personală a asiguratului se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului;

- furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, respectiv pentru serviciile medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au obligația de a afișa pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma decontată de casa de asigurări de sănătate pentru serviciul medical pentru care se încasează contribuție personală și diferența dintre acestea;
- posibilitatea de prelungire a programului pentru medicii din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, în vederea creșterii accesului asiguraților la servicii medicale paraclinice.

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

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	Nu poate fi estimat.					

(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						

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 Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, 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.

<p>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.</p>
<p>4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente Nu este cazul.</p>
<p>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</p>
<p>6. Alte informații Nu este cazul.</p>
<p>SECȚIUNEA A 7-A ACTIVITĂȚI DE INFORMARE PUBLICĂ PRIVIND ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PROIECTULUI DE ACT NORMATIV</p>
<p>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 23 noiembrie 2021.</p>
<p>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.</p>
<p>3. Alte informații Nu sunt.</p>
<p>SECȚIUNEA A 8-A MĂSURI DE IMPLEMENTARE</p>
<p>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.</p>
<p>2. Alte informații Nu sunt.</p>

Față de cele prezentate a fost promovat 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

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Avizăm:

Viceprim-ministru

Ministrul justiției

Ministrul finanțelor