

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății pe perioada instituirii stării de urgență pe teritoriul României

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și având în vedere dispozițiile Decretului nr. 195/2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Termenul de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările ulterioare, se prelungește până la încetarea stării de urgență instituite prin Decretul nr. 195/2020.

Art. 2. — Termenul de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările ulterioare, se prelungește până la încetarea stării de urgență instituite prin Decretul nr. 195/2020.

Art. 3. — Termenele prevăzute la art. 7 lit. h), art. 24 lit. w), art. 42 lit. x), art. 59 lit. Ț), art. 72 alin. (6) partea introductivă, alin. (7), (10) și (13), art. 74 lit. n), art. 76 lit. m), art. 92 alin. (1) lit. ag), art. 119 lit. u), art. 130 lit. Ț), art. 141 lit. u), art. 149 alin. (4), art. 152 lit. l) și art. 154 lit. n) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, cu modificările ulterioare, se prorogă până la încetarea stării de urgență.

Art. 4. — Serviciile medicale și medicamentele necesare pentru tratarea cazurilor cu COVID-19 și complicațiile acestora se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României, pe toată perioada stării de urgență, și se suportă din bugetul Fondului național unic al asigurărilor sociale de sănătate, după caz.

Art. 5. — (1) Pe perioada stării de urgență:

a) serviciile medicale, îngrijirile la domiciliu, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia prevăzute la art. 223 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru serviciile medicale și îngrijirile la domiciliu, precum și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive, înregistrate/eliberate off-line, nu este obligatorie transmiterea în termen de 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării acestora, în platforma informatică a asigurărilor de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), niciuna dintre reglementările incidente din actele normative prevăzute la art. 1 și 2, privind validarea și decontarea serviciilor, precum și cele privind sancțiunile aplicabile, nu se aplică.

(3) Pe perioada stării de urgență:

1. Medicii de familie eliberează prescripție medicală în continuare, pentru pacienții cu boli cronice cu schemă stabilă de tratament, fără a mai fi necesară o nouă reevaluare a medicului specialist, respectiv fără a mai fi necesară reinnoirea scrisorii medicale inițiale. Medicul de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu * din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale

corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

2. Medicul de familie poate emite prescripție medicală, în continuare, pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului — scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care până la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri erau prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocolului terapeutic privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis. Fac excepție medicamentele/materialele sanitare utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate publică și curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi, în condițiile stabilite prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

3. Pentru medicamentele notate cu (**), (**1), (**1Ω) și (**1 β) în Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, prescrierea se realizează în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 140/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 6. — (1) Se prelungește cu 90 de zile termenul de valabilitate de la data eliberării/aprobării/transmiterii a următoarelor documente aflate în termen de valabilitate sau care își pierd valabilitatea în perioada stării de urgență, precum și a celor care sunt emise pe perioada stării de urgență, respectiv:

- biletele de trimitere pentru specialități clinice;
- biletele de trimitere pentru specialități paraclinice;
- deciziile de aprobare emise de către comisia de specialitate de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru efectuarea investigației PET-CT;
- recomandările medicale pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive — ce se depun/transmit la casa de asigurări de sănătate;
- deciziile de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, tehnologii și dispozitive asistive, de la data emiterii acestora de către casa de asigurări de sănătate.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1) lit. e), pentru deciziile de aprobare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive emise pentru 12 luni consecutive, termenul de valabilitate se prelungește cu 90 de zile numai pentru deciziile:

- a) care își pierd valabilitatea pe perioada stării de urgență;
- b) care mai sunt în termen de valabilitate 3 luni de la data declarării stării de urgență.

Art. 7. — (1) Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești.

(2) Pe perioada stării de urgență, pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, suma contractată pentru luna martie 2020, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(3) Pentru secțiile/compartimentele de acuți din unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la alin. (2), suma contractată pentru luna martie 2020 poate fi suplimentată la solicitarea unităților sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, pentru a acoperi serviciile estimate a se realiza în aceste structuri, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(4) Prevederile alin. (2) și (3) sunt aplicabile pe toată perioada stării de urgență instituită pe teritoriul României.

Art. 8. — (1) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020 din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se realizează la nivelul valorii de contract sau la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate după încheierea lunii — dacă nivelul cheltuielilor efectiv realizate este mai mare decât valoarea de contract.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la alin. (1), sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru secțiile/ compartimentele de acuți, se realizează la nivelul valorii de contract sau la nivelul serviciilor realizate — în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi și pentru secțiile/compartimentele de cronici, se realizează la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de cazuri/servicii/zile de spitalizare realizate.

(4) Prevederile alin. (1)—(3) sunt aplicabile pe toată perioada stării de urgență instituită pe teritoriul României.

(5) Activitățile implementate de unitățile sanitare cu paturi în cadrul programelor naționale de sănătate publică pe toată perioada stării de urgență se finanțează din bugetul Ministerului Sănătății, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, pentru care unitățile vor depune documente justificative. În cazul în care unitățile sanitare cu paturi realizează activități în cadrul programelor naționale de sănătate publică în baza relațiilor contractuale încheiate cu direcțiile de sănătate publică, finanțarea cheltuielilor înregistrate peste valoarea de contract se realizează în condițiile încheierii unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, până la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, după încheierea lunii.

Art. 9. — (1) Pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, inclusiv cele balneare, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, sumele decontate pentru activitatea desfășurată în luna martie 2020, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se realizează la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de zile de spitalizare realizat.

(2) Sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, care desfășoară activitate în perioada pentru care este instituită starea de urgență, cu excepția celei aferente lunii martie 2020, încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată conform reglementărilor legale în vigoare, iar decontarea se face la nivelul valorii de contract, indiferent de numărul de zile de spitalizare realizat.

Art. 10. — (1) Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate pe perioada stării de urgență se pot suplimenta pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital — pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidente distincte, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(2) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externare din spital, în regim ambulatoriu, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru „monitorizare pacient COVID-19”.

(3) Pentru sumele alocate pentru testarea RT-PCR necesare diagnosticului de Sindrom respirator sever acut determinat de COVID-19 unitățile de specialitate care implementează Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare vor ține evidente distincte.

Art. 11. — Pentru unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe perioada pentru care este instituită starea de urgență, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

Art. 12. — (1) Pe perioada stării de urgență, numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de maximum 8 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

(2) Pe perioada stării de urgență, consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate atât de medicii de familie, cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră.

(3) Pe perioada stării de urgență, pacienții simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID-19, beneficiază de consultații, inclusiv consultații la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României.

(4) Medicul de familie, precum și medicul de specialitate din ambulatoriul clinic vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

(5) Consultațiile la distanță prevăzute la alin. (2) se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet prevăzute în pachetele de servicii.

(6) Consultațiile prevăzute la alin. (3), inclusiv cele la distanță, se asimilează consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

(7) Consultațiile la distanță ce se acordă în structurile ambulatorii ale spitalelor publice și private, pe perioada stării de urgență, pentru emiterea prescripției medicale în situațiile prevăzute la art. 5 alin. (3) pct. 3, nu sunt asimilate unor consultații programate/programabile.

Art. 13. — (1) Medicii din spital pot elibera, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru maximum 90 de zile, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, cu excepția medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat pentru care durata de prescriere este de până la 30 de zile.

(2) Unitățile de specialitate care preiau în evidență bolnavi din programele naționale de sănătate derulate prin unități sanitare cu paturi care acordă servicii medicale pacienților diagnosticați cu COVID-19 pot derula programele naționale de sănătate pe perioada stării de urgență, fără a fi necesară nominalizarea acestora în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate.

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi a căror structură organizatorică se modifică pe perioada stării de urgență evaluarea conform noii structuri se face în termen de 30 de zile de la data încetării stării de urgență.

Art. 14. — Pe perioada stării de urgență, pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală/dispozitive medicale și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloace electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților.

Art. 15. — (1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora acordate în unități sanitare cu paturi, recuperarea cheltuielilor se face în conformitate cu dispozițiile documentelor internaționale respective, la nivelul tarifelor stabilite pentru cetățenii români asigurați, sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav

externat în cazul furnizorilor de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 8 alin. (1).

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 8 alin. (1) au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

Art. 16. — (1) Pentru unitățile de specialitate care acordă servicii medicale, investigații paraclinice, medicamente în cadrul programelor naționale de sănătate publică, în perioada stării de urgență, sumele angajate nu vor fi limitate la cele aprobate pentru trimestrul I al anului 2020, finanțarea realizându-se la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, pentru care unitățile vor depune documente justificative. În cazul unităților de specialitate care, în perioada stării de urgență, acordă servicii medicale, investigații paraclinice, medicamente în cadrul programelor naționale de sănătate publică în baza relațiilor contractuale încheiate cu direcțiile de sănătate publică, finanțarea cheltuielilor înregistrate peste valoarea de contract se realizează în condițiile încheierii unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

(2) Pentru unitățile de specialitate care implementează programe de sănătate curative, sumele angajate nu vor fi limitate la cele aprobate pentru trimestrul I al anului 2020. Sumele contractate pentru luna martie 2020 pot fi suplimentate la solicitarea unităților de specialitate, pe baza documentelor justificative, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

Art. 17. — Documentele eliberate de autoritățile publice care expiră pe perioada stării de urgență, care se solicită de casele de asigurări de sănătate la încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, și care expiră pe perioada stării de urgență, își mențin valabilitatea.

Art. 18. — Influențele financiare determinate de creșterile salariale pentru personalul medical și nemedical din unitățile sanitare publice și cele care au ca asociat unic unitățile administrativ-teritoriale, inclusiv cele prevăzute la art. 45 din Legea bugetului de stat pe anul 2020 nr. 5/2020, se suportă pe perioada stării de urgență din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate — titlul VI — Transferuri între unități ale administrației publice.

Art. 19. — Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a lua toate măsurile, pe perioada instituirii stării de urgență pe teritoriul României, pentru a asigura o corectă evaluare, monitorizare și tratare a tuturor categoriilor de persoane, indiferent de diagnostic, iar în timpul tratării acestea să fie monitorizate și din perspectiva COVID-19, în vederea limitării extinderii pandemiei.

Art. 20. — Prezenta hotărâre se aplică pe durata stării de urgență pe teritoriul României instituite potrivit prevederilor Decretului nr. 195/2020.

PRIM-MINISTRU
LUDOVIC ORBAN

0023729101042020

Contrasemnează:
Viceprim-ministru,
Raluca Turcan
Ministrul sănătății,
Nelu Tătaru

Președintele Casei Naționale de Asigurări
de Sănătate,
Adela Cojan
Ministrul finanțelor publice,
Vasile-Florin Cițu