

INFORMARE
ACTE NORMATIVE ADOPTATE ÎN APLICAREA
LEGISLAȚIEI PRIVIND INSTITUIREA STĂRII DE ALERTĂ

2 octombrie 2020

✓ Hotărârea nr. 820/2020 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul programelor naționale de sănătate, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, publicată în M.Of. nr. 898 din 2 octombrie 2020

→ în anexa nr. 1, la capitolul II lit. A punctul 1.5, după lit. i) se introduce lit. j), cu următorul cuprins:

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

→ în anexa nr. 2, la art. 156, alin. (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

Art. 156

(1) Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale -- DCI corespunzătoare. Modalitatea de prescriere a medicamentelor se aplică în mod corespunzător și în situația recomandării tratamentului prin scrisoare medicală/bilet de ieșire din spital utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din

cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:

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

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B; face excepție situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu # care face obiectul contractelor cost-volum, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință mai mare de 330 lei, situație în care se pot prescrie în luna respectivă și alte medicamente din sublista B, în condițiile prevăzute la lit. a);

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

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

e) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.

→ în anexa nr. 2, la art. 186, după alin. (4) se introduce alin. (5), cu următorul cuprins:

(5) Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu încasează sume pentru documentele medicale necesare evaluării și reevaluării medicale și psihologice în vederea încadrării în grad de handicap, eliberate potrivit domeniului de competență, în urma serviciilor acordate.

→ în anexa nr. 2, la art. 191¹, după alin. (2) se introduce alin. (3), cu următorul cuprins:

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

→ în anexa nr. 2, la art. 201, alin. (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația:

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

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

→ în anexa nr. 2, la art. 205 alin. (1), lit. e) și i) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

→ în anexa nr. 2, art. 221 se modifică și va avea următorul cuprins:

Art. 221

(1) Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate se pot suplimenta, prin încheierea unor acte adiționale, după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, pentru:

a) **investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital;**

b) investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective.

(2) Pentru investigațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) și b) furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte.

(3) Pentru încheierea actelor adiționale de suplimentare a sumelor contractate pentru investigații medicale paraclinice potrivit alin. (1), în bugetul fondului se alocă sume suplimentare cu această destinație, pe baza cererilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate. Prevederile sunt aplicabile până la data de 31 decembrie 2020.

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

→ prin derogare de la prevederile art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare, în vederea aplicării dispozițiilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, cu completările ulterioare, se stabilesc următoarele măsuri:

a) decontarea serviciilor de radioterapie, a serviciilor de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, a serviciilor de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți, a serviciilor de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, a serviciilor de dializă, a serviciilor de tratament prin Gamma-Knife și a serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate (HbA1c), acordate de unitățile specializate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de

sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, se efectuează la nivelul realizat, raportat și validat în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate;

b) în situația depășirii valorilor de contract, pentru decontarea serviciilor prevăzute la lit. a), casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în luna următoare lunii în care aceste servicii au fost acordate, raportate și validate în Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate, după alocarea de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate a sumelor necesare în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, acestea asigurându-se prin suplimentarea bugetului Fondului național unic de sănătate, după caz. Prevederile sunt aplicabile până la data de 31 decembrie 2020.

V Ordonanța de urgență nr. 167/2020 privind unele măsuri pentru susținerea activității unor aeroporturi regionale în contextul crizei economice generate de pandemia de COVID-19 și pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 139/2020 privind instituirea cadrului legal pentru acordarea unor ajutoare de stat Societății "Compania națională de transporturi aeriene române - TAROM" - S.A. și Societății Blue Air Aviation - S.A. pentru compensarea pierderilor economice suferite în contextul pandemiei de COVID-19, publicată în M.Of. nr. 899 din 2 octombrie 2020

→ reglementează cadrul pentru instituirea unei scheme de ajutor de stat care are ca obiectiv acordarea unui sprijin financiar pentru susținerea activității aeroporturilor regionale cu un trafic situat între 200.000 și 3.000.000 pasageri/an, pentru care consiliile județene au calitatea de autoritate publică tutelară, pentru compensarea pierderilor înregistrate în perioada martie-iunie 2020 ca urmare a pandemiei de COVID-19 și cauzate direct de această pandemie;

→ Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației are calitatea de administrator al schemei de ajutor de stat;

→ bugetul maxim al schemei de ajutor de stat este de 22.284 mii lei;

→ suma se alocă bugetelor locale ale județelor, cu respectarea prevederilor deciziei de autorizare a schemei de ajutor de stat emise de către Comisia Europeană și în limita sumelor aprobate prin aceasta, la propunerea Ministerului Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației.

v Ordonanța de urgență nr. 168/2020 pentru completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, publicată în M.Of. nr. 899 din 2 octombrie 2020

→ după punctul XVIII din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020, cu modificările și completările ulterioare, se introduce un nou punct, punctul XIX, cu următorul cuprins:

XIX. Măsuri în domeniul asociațiilor și fundațiilor

Articolul 75

Pe durata stării de alertă, organele de conducere ale asociațiilor și fundațiilor pot decide modificarea termenelor de convocare prevăzute în actele constitutive, inclusiv prin reducerea acestor termene la 24 de ore, în condițiile legii.