



GUVERNUL ROMÂNIEI
ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ

**pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în
domeniul sănătății, precum și a Ordonanței de urgență a Guvernului nr.
158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate**

În considerarea obligației statului de a institui un complex de măsuri de protecție a pacientului, astfel încât acestuia să-i fie respectate drepturile și să poată beneficia de servicii medicale necesare în condițiile utilizării eficiente a fondurilor alocate acestui scop,

având în vedere faptul că România și-a asumat prin Tratatul de aderare la Uniunea Europeană obligații în materia garantării vieții, sănătății și siguranței pacientului,

luând în considerare măsurile cuprinse la pct. XII – Sănătate, din Programul de guvernare, aprobat prin Hotărârea Parlamentului nr. 22/2019 pentru acordarea încrederii Guvernului, prin care s-a stabilit că obiectivul principal al politicii în domeniul sănătății îl constituie asigurarea unor servicii de sănătate de o calitate și o accesibilitate superioară a acestora pentru toți cetățenii,

se impune de urgență luarea de măsuri pentru asigurarea accesului imediat al pacienților la tratament în cadrul programelor naționale de sănătate curative, prin care sunt tratate afecțiunile cu impact major asupra sănătății, precum și pentru implementarea, pentru prima dată, a unui program dedicat persoanelor cu tulburări din spectrul autist, ceea ce va conduce la îmbunătățirea stării de sănătate și a calității vieții sociale în primul rând pentru copiii cu astfel de afecțiuni,

ținând cont că nu ar putea fi derulat, în prezent, un program dedicat, prin care să fie asigurată o monitorizare corespunzătoare a persoanelor cu tulburări din spectrul autist, în special a copiilor, și a serviciilor specifice acordate acestora, program ce are ca obiectiv creșterea gradului de recuperare a bolnavilor diagnosticați cu această afecțiune,

în considerarea creării cadrului legal necesar pentru dezvoltarea unui Subprogram dedicat persoanelor cu tulburări de spectru autist (TSA), în cadrul Programului național de sănătate mintală, și că pacienții cu TSA, dintre care cei mai mulți sunt copii, necesită a beneficia de servicii necesare, în urma recomandării medicului specialist: servicii de logopedie, consiliere psihologice, kinetoterapie.

având în vedere necesitatea reglementării posibilității de asigurare a unor servicii integrate în cadrul unor programe naționale de sănătate curative,

luând în considerare necesitatea asigurării intervențiilor chirurgicale oncologice de simetrizare, pentru bolnavele cu afecțiuni oncologice ale glandei mamare, ceea ce ar aduce un beneficiu pentru acestea, cu impact pozitiv asupra calității vieții și reinsertiei sociale, iar neadoptarea acestei măsuri ar avea ca o consecință faptul că bolnavele cu afecțiuni oncologice ar fi nevoite să suporte costurile în cazul în care este necesară intervenția chirurgicală de simetrizare,

având în vedere necesitatea existenței unui sistem medical îndreptat către pacient, în care serviciile de sănătate să fie acordate cât mai aproape de acesta și în funcție de opțiunea acestuia,

întrucât actualele prevederi care reglementează modalitatea de derulare a programelor naționale de sănătate au aplicabilitate până la data de 31 martie 2020, iar nereglementarea de urgență în acest sens, ar conduce la imposibilitatea implementării acestor beneficii în legislația secundară în vederea acordării acestora pentru persoanele care suferă de afecțiuni grave,

având în vedere garantarea dreptului prevăzut la art. 34 din Constituția României, republicată, potrivit căruia statul român are obligația de a asigura accesul populației în mod echitabil și nediscriminatoriu la servicii medicale,

pentru a asigura continuitate în acordarea serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru toate segmentele de asistență medicală începând cu trimestrul II al anului 2020, este necesară reglementarea modalităților de încheiere a contractelor de servicii medicale pentru furnizorii care au obligația să se acrediteze, astfel încât casele de asigurări de sănătate să poată contracta atât cu unitățile sanitare acreditate, cât și cu cele înscrise în procesul de acreditare,

pentru a nu fi afectat întregul proces de contractare în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prin imposibilitatea încheierii contractelor cu furnizorii care nu sunt acreditați și pentru care incumbă această obligație, ceea ce ar afecta în mod direct accesul asiguraților la servicii medicale, se impune reglementarea de urgență a modalității de încheiere a contractelor între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale care au obligația acreditării, potrivit dispozițiilor Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare

inexistența cadrului legal în baza căruia să se poată încheia contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cu consecințe serioase în ceea ce privește furnizarea unei asistențe medicale de calitate pacienților, ar conduce la reale dificultăți în ceea ce privește o funcționare optimă a întregii activități medicale,

având în vedere necesitatea redefinirii statutului directorului general al caselor de asigurări de sănătate, în acord cu prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare precum și în conformitate cu regulile generale referitoare la mandat prevăzute de Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare, întrucât aceasta reprezintă una dintre direcțiile de strategie instituțională a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care urmează a se realiza prin reglementarea unor standarde de performanță și indicatori de referință asociați, într-o structură cuprinzătoare, pentru a da posibilitatea acestora să se aplice unitar, coordonat cu respectarea reglementărilor legale și cu procedurile administrative de sistem, în pofida unor deosebiri semnificative generate de specificul local/zonal, cu impact direct asupra calității serviciului public, pentru respectarea drepturilor asiguraților la nivel local,

pentru a nu mai exista situații în care părinții să fie obligați la plata contravalorii serviciilor medicale de care au beneficiat copiii acestora urmare a unor accidente generate de copii,

este necesară reglementarea de urgență a faptului că aceste servicii medicale să fie suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, luând în considerare necesitatea respectării dreptului asiguraților de a beneficia de aceste servicii medicale, în virtutea calității acestora de persoane asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

totodată, se impune intervenția legislativă de urgență în sensul asigurării aplicării în cadrul legislației naționale a normelor generale și obligatorii instituite de regulamentele europene, astfel încât lucrătorii salariați, care evidențiază perioadele de asigurare realizate sub incidența legislației unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat membru al Spațiului Economic European sau al Confederației Elvețiene, pentru care sunt incidente prevederile legislației europene aplicabile în domeniul securității sociale, să poată beneficia de concedii medicale și indemnizații suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate,

în considerarea faptului că persoanele asigurate pe teritoriul României, care au dreptul și ar avea nevoie de concediu medical din primele zile de asigurare, nu ar putea beneficia de indemnizația de concediu medical, nefiind în acest moment stabilită baza de calcul pentru această indemnizație, ceea ce ar conduce la aplicarea măsurilor pentru nerespectarea regulamentelor europene.

având în vedere necesitatea asigurării implementării unor măsuri privind reducerea birocrăției în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în cazul bolnavilor diagnosticați cu SIDA și neoplazii, se impune reglementarea de urgență a unor măsuri privind eliminarea obligației acestora de a se prezenta în fiecare lună la medicul expert al asigurărilor sociale, pentru prelungirea cu încă 6 luni a certificatului de concediu medical, care se acordă, potrivit legii, după epuizarea perioadei de un an, care vor conduce la îmbunătățirea calității vieții pentru aceste categorii de bolnavi,

deopotrivă, se impune intervenția legislativă de urgență în sensul modificării și completării reglementărilor referitoare la acordarea certificatelor de concediu medical

persoanelor care sunt diagnosticate cu tuberculoză, astfel încât acestea să aibă dreptul la concediu și indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără condiții de stagiul de cotizare, pe toată perioada de tratament, până la vindecare, precum și la acordarea certificatelor de concediu medical pentru personalul militar în activitate, polițiștilor și polițiștilor de penitenciare, fără de care aceștia nu vor putea beneficia de certificate de concediu medical și de drepturile bănești aferente acestor certificate,

în considerarea faptului că statul este garant al dreptului la ocrotirea sănătății publice și trebuie să ia măsuri pentru asigurarea acestui drept,

având în vedere că aceste elemente vizează interesul general public și constituie situații de urgență a căror reglementare nu poate fi amânată,

în temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. I

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La alineatul (2) al articolului 48, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) programe naționale de sănătate curative care au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, altele decât TBC și HIV/SIDA și transplant de organe, țesuturi și celule, precum și acordarea de servicii medicale, servicii conexe pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, servicii integrate, după caz, potrivit prevederilor art. 51 alin. (4); ”

2. La alineatul (2) al articolului 52, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

”c) furnizori privați de servicii medicale;”

3. După alineatul (2) al articolului 52 se introduce un nou alineat, alin. (2¹) cu următorul cuprins:

„ (2¹) Pentru bolnavii incluși în programele naționale de sănătate decontate din bugetul FNUASS, respectiv bugetul Ministerului Sănătății precum și pentru cei care beneficiază de servicii medicale în baza art. 100 și art. 111, furnizorii publici și privați au obligația de a nu încasa sume suplimentare față de cele decontate potrivit actelor normative în vigoare.

4. După alineatul (1) al articolului 58¹, se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

”(1¹) Contractele, încheiate ca urmare a desfășurării procedurilor de achiziție publică prevăzute la alin. (1), vor fi atribuite pe baza criteriului cel mai bun raport calitate-preț.”

5. După alineatul (2) al articolului 111, se introduc două noi alineate, alin. (2¹) și (2²), cu următorul cuprins:

„ (2¹) Lista spitalelor private în cadrul cărora se pot organiza servicii medicale private de urgență se aprobă prin hotărâre a Guvernului, în urma verificării respectării standardelor prevăzute la alin. (2).

(2²) În vederea verificării standardelor menționate la alin. (2), spitalele private vor depune la Ministerul Sănătății documentația stabilită prin hotărâre a Guvernului.”

6. După alineatul (3) al articolului 111, se introduc două noi alineate, alin. (3¹) și (3²), cu următorul cuprins:

„(3¹) Cheltuielile pentru îngrijirea pacienților aflați în stare critică sau cu acuze ce ridică suspiciunea unei afecțiuni acute grave care nu pot fi acoperite din sumele

obținute pe baza contractelor încheiate de către spitalele private cu casele de asigurări de sănătate, vor fi decontate de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății. Sumele aferente decontului per caz nu pot depăși sumele decontate pentru cazuri similare din sistemul public de urgență.

(3²) Procedurile și condițiile privind decontarea cheltuielilor prevăzute la alin. (3¹) se stabilesc în mod concurențial, transparent și nediscriminatoriu prin hotărâre a Guvernului.

7. După alineatul (2³) al articolului 230, se introduce un nou alineat, alin. (2⁴), cu următorul cuprins:

”(2⁴) Prevederile alin. (2¹) - (2³) se aplică începând cu data de 1 aprilie 2021.”

8. La alineatul (1) al articolului 248, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

9. Alineatul (3) al articolului 249 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Casele de asigurări de sănătate încheie, potrivit legii, contracte cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale care respectă următoarele condiții:

- a) sunt autorizați și evaluați potrivit art. 253, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- b) sunt autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligați să se acrediteze sau care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

- c) dispun de un sistem informațional și informatic a cărui utilizare permite evidența, raportarea, decontarea și controlul serviciilor medicale efectuate, conform cerințelor CNAS;
- d) utilizează pentru tratamentul afecțiunilor numai medicamente din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;
- e) utilizează materiale sanitare și dispozitive medicale autorizate, conform legii.”

10.Alineatul (1) al articolului 298 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Directorii generali ai caselor de asigurări sunt numiți pe bază de concurs, prin ordin al președintelui CNAS. Directorul general devine membru de drept al consiliului de administrație al casei de asigurări și președintele acestuia. Între CNAS și directorul general al casei de asigurări - manager al sistemului la nivel local se încheie un contract de management, cu respectarea prevederilor prezentei legi, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare precum și în conformitate cu regulile generale referitoare la mandat prevăzute de Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare. Contractul de management cuprinde, fără a se limita la acestea, și clauze cu privire la standarde de performanță, precum și indicatori de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate.”

11.Alineatul (1) al articolului 320 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Persoanele care prin faptele lor aduc daune sănătății altei persoane, răspund potrivit legii și au obligația să repare prejudiciul cauzat furnizorului de servicii medicale reprezentând cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată. Sumele reprezentând cheltuielile efective vor fi recuperate de către furnizorii de servicii medicale. Pentru litigiile având ca obiect recuperarea acestor sume, furnizorii de servicii medicale se subrogă în toate drepturile și obligațiile procesuale ale caselor de asigurări de sănătate și dobândesc calitatea procesuală a acestora în toate procesele și cererile aflate pe rolul instanțelor judecătorești, indiferent de faza de judecată. Cheltuielile efective ocazionate de asistența medicală acordată nu pot fi recuperate de

la victimele agresiunilor sau ale accidentelor cu autor neidentificabil, fiind decontate din Fond.”

Art. II

Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.074 din 29 noiembrie 2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

- 1. La alineatul (2) al articolului 8, după litera d) se introduce o nouă literă, lit. e) cu următorul cuprins:**

”e) persoanele asigurate au realizat, în temeiul legislației interne a unui stat membru al Uniunii Europene, a Spațiului Economic European sau a Confederației Elvețiene pentru care sunt incidente prevederile legislației europene aplicabile în domeniul securității sociale, stagii de asigurare atestate prin intermediul formularului european privind totalizarea perioadelor de asigurare, eliberat de instituția competentă la care acestea au fost asigurate anterior.”

- 2. La alineatul (4) al articolului 10, după litera c) se introduce o nouă literă, lit. d), cu următorul cuprins:**

„d) veniturile asigurate în România în luna/lunile anterioare lunii în care s-a eliberat certificatul de concediu medical sau după caz, venitul lunar din prima lună de activitate/asigurare în România, pentru situațiile în care se utilizează perioadele prevăzute la art. 8 alin. (2) lit. e), astfel: veniturile prevăzute la art. 8 alin. (1) lit. a) sau, după caz, venitul lunar din prima lună de activitate, în cazul persoanelor prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. A și B; veniturile prevăzute la art. 8 alin. (1) lit. c) sau, după caz, venitul lunar din prima lună de asigurare înscris în contractul de asigurare, în cazul persoanelor prevăzute la art. 1 alin. (2); veniturile prevăzute la art. 8 alin. (1) lit. d) sau, după caz, venitul lunar din prima lună de asigurare fără plata unei contribuții, în cazul persoanelor prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. C.”

3. Alineatul (3) al articolului 13 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Durata de acordare a concediului și a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este mai mare în cazul unor boli speciale și se diferențiază după cum urmează:

a) un an, în intervalul ultimilor 2 ani, pentru unele boli cardiovasculare, stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, cu acordul Ministerului Sănătății;

b) un an și 6 luni, în intervalul ultimilor 2 ani, pentru SIDA și neoplazii, în funcție de stadiul bolii;

c) pe toată perioada de tratament, până la vindecare, pentru tuberculoză.”

4. Articolul 61, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 61 (1) Prevederile prezentei ordonanțe de urgență sunt aplicabile și persoanelor care își desfășoară activitatea în ministerele și instituțiile din sectorul de apărare, ordine publică și securitate națională.

(2) Pentru personalul militar în activitate, polițiștii și polițiștii de penitenciare, drepturile bănești aferente concediilor medicale prevăzute la art. 2 alin. (1), se calculează și se plătesc conform prevederilor legale specifice acestor categorii de personal și se suportă din bugetul de stat, prin bugetele ministerelor și instituțiilor din sectorul de apărare, ordine publică și securitate națională.

(3) Dispozițiile alin. (1) nu aduc atingere prevederilor referitoare la activitatea comisiilor de expertiză medico-militară prevăzute de Legea nr.223/2015 privind pensiile militare de stat, cu modificările și completările ulterioare”.

(4) Prin excepție de la prevederile art.13 alin.(2) și art.14 alin.(4), pentru personalul militar în activitate, polițiștii și polițiștii de penitenciare, în situații temeinic motivate de posibilitatea recuperării medicale, comisiile de expertiză medico-militară pot face propuneri de prelungire a unor concedii medicale peste 91

de zile pentru o perioadă de până la 550 de zile.”

PRIM – MINISTRU

LUDOVIC ORBAN

Contrasemnează:

Viceprim-ministru
Raluca Turcan

Ministrul sănătății
Victor Sebastian Cîstache

HEZU TĂTARU

Ministrul afacerilor interne
Ion Marcel Vela

Ministrul apărării naționale
Ionel/Nicolae Ciucă

Ministrul muncii și protecției sociale
Victoria Violeta Alexandru

Ministrul finanțelor publice
Vasile-Florin Cițu

București, 4.02.2020
Nr. 25