

EXPUNERE DE MOTIVE

Secțiunea 1

Titlul proiectului de act normativ

**LEGE privind aprobarea Ordonanță de urgență a Guvernului
pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății,
precum și modificarea și completarea unor acte normative în domeniul sănătății**

Secțiunea a 2-a

Motivul emiterii actului normativ

2.1 Sursa actului normativ

Inițiativa Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate - în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. V pct. 1 din Legea nr. 187/2024 privind abilitarea Guvernului de a emite ordonanțe, pentru a se asigura implementarea următoarelor măsuri:

- armonizarea și corelarea unor norme din cuprinsul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, al Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, al Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, al Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, al Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și al Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât să fie asigurată claritatea și concizia conexiunilor legislative, precum și aplicarea unitară a acestora;

- eficientizarea monitorizării acordării și decontării serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale și serviciilor conexe actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru îndeplinirea obiectivelor care constituie fundamentul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

- implementarea în cuprinsul Planului de prevenire și combatere a cancerului în România a unui capitol destinat tratamentului specific prin radioterapie pentru toți bolnavii oncologici care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de serviciile de radioterapie, indiferent de tipul de tumoră malignă, precum și a Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu;

- implementarea unor noi mecanisme prin care să se asigure accesul la medicamente inovative în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

- implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu și derularea acestuia prin casele de asigurări de sănătate, în concordanță cu dispozițiile Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului;

- instituirea unor măsuri pentru ca adolescenții și adulții tineri, cu vârsta cuprinsă între 15 și 21 de ani, să poată beneficia de servicii medicale acordate atât în spitalele de adulți, cât și în cele de copii;

- pentru asigurarea accesului la serviciile medicale acordate în cadrul consorțiilor medicale se menționează expres posibilitatea derulării de relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, cu respectarea condițiilor stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

- prorogarea până în anul 2027 termenul de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală, pentru serviciile acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic

de specialitate din unitățile private, precum și cel de aplicare a prevederilor cu privire la dreptul medicilor specialiști (care nu au contracte cu casele de asigurări de sănătate) de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul FNUASS;

- reglementarea modalității de gestionare a activității desfășurată de furnizorii care acordă asistență medicală cetățenilor proveniți din Ucraina și în situațiile în care sunt constatate întreruperi în funcționarea aplicației informatice pusă la dispoziție de către CNAS;

- modificarea criteriilor de prioritizare în baza cărora se poate iniția procesul de negociere a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, pentru asigurarea accesului bolnavilor la medicamente inovative, astfel încât să se urmărească accesul prioritar la medicamentele care generează economii la bugetul FNUASS;

- implementarea unui nou mecanism de facilitare a accesului la medicamente inovative. Astfel, se reglementează un nou tip de protocoale de acces timpuriu în rambursare a medicamentelor, pentru indicații aprobate fără alternativă terapeutică în lista de medicamente, derulate pentru o perioadă limitată de timp;

- coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea și derularea programelor naționale de sănătate curative cu participarea experților coordonatori de program;

- clarificarea modalității de eliberare de către plătitorii de indemnizații a adeverințelor din care reiese numărul de zile de concediu de incapacitate temporară de muncă.

2.2. Descrierea situației actuale

A. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

- Pentru gestionarea eficientă a bugetului programelor naționale de sănătate curative de către furnizorii de servicii medicale, precum și de către furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele cu tulburări din spectrul autist, se impune instituirea unor norme prin care să se asigure desemnarea unui expert coordonator cu atribuții în implementarea și derularea programelor naționale de sănătate curative.

- În prezent în Titlul II – Programe naționale de sănătate din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt reglementate programele naționale de sănătate, respectiv: programele naționale de sănătate publică și programele naționale de sănătate curative.

Programele 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 și servicii conexe actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, potrivit structurii și obiectivelor stabilite conform art. 51 alin. (4).

Potrivit reglementărilor art. 4 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, toți cetățenii români care se află pe teritoriul României, au domiciliul sau reședința în România, cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ai Spațiului Economic European și cetățenii Confederației Elvețiene, precum și străinii și apatrizii care au domiciliul sau reședința în România au dreptul la servicii de îngrijire, inclusiv îngrijiri paliative. Totodată, la lit. D. “Îngrijirea”, punctul 1. “Paliatia” din actul normativ anterior menționat se specifică faptul că Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate au obligația de implementare a planului național de paliatie și a celor 8 centre-pilot prevăzute în PAL-PLAN.

Proiectul “Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu” (PAL-PLAN, Mysmiss/SIPOCA 129439/ 733), proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014- 2020, proiect realizat de către Ministerul Sănătății (MS) în parteneriat cu

Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), Fundația Hospice Casa Speranței, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale (MMSS) și Casa Națională Asigurări de Sănătate (CNAS), a vizat crearea și introducerea unui mecanism unitar și fluent de planificare, dezvoltare, evaluare și monitorizare a unui sistem național de îngrijiri paliative. Unul din rezultatele acestui proiect a fost elaborarea proiectului Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu. Acest program se adresează pacienților cu boli cronice progresive și incurabile, deci atât pacienților non-oncologici, cât și pacienților oncologici.

- La nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au fost primite petiții ale aparținătorilor persoanelor cu afecțiuni grave (inclusiv a celor cu afecțiuni rare), prin care sunt evidențiate dificultățile asigurării tranziției către serviciile medicale pentru adulți, a persoanelor care au vârsta de peste 18 ani. Solicitanții identifică necesitatea acordării de servicii medicale în secțiile de pediatrie/spitalele de pediatrie, unor persoane care au vârsta de peste 18 ani, acestea necesitând monitorizarea afecțiunilor și tratament sub urmărirea medicului pediatru (sau a medicilor cu alte specialități cu specific pediatric).

- Pentru punerea în aplicare a programului de guvernare – componenta de sănătate, art. I pct. 21 din OG nr. 18/2021, astfel cum aceasta a fost aprobată prin Legea nr. 310/2022, a introdus dispozițiile art.172² alin. (1) în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sensul reglementării consorțiilor medicale. Astfel, în prezent, spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituții de învățământ medical superior acreditate, precum și cu alte instituții medicale acreditate în vederea constituirii unor consorții medicale cu personalitate juridică, conform dispozițiilor prevăzute la art. 187 - 204 din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în scopul derulării în comun de activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective.

În consecință, norma primară reglementează în sarcina consorțiilor medicale posibilitatea de a derula activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective, fără a fi menționată expres posibilitatea derulării de relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

- ANMDMR în calitate de autoritate competentă în domeniul evaluării tehnologiilor medicale, a emis, în perioada sept 2023 – 30.06.2024 un număr de 19 decizii de includere neconditionată în Lista pentru un număr de 19 noi DCI-uri, medicamente care la data prezentei nu sunt incluse în Lista de medicamente aprobată prin HG 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și pe cale de consecință nu pot fi rambursate din bugetul FNUASS pacienților eligibili. Pentru o parte din aceste medicamente, pentru indicațiile pentru care au fost emise decizii de includere neconditionată în Lista, pacienții eligibili, în calitate de reclamanti, au solicitat și solicită în contradictoriu cu Guvernul României, Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, acordarea în regim de compensare 100% (fără contribuție personală) a acestor medicamente pentru care nu există, la data solicitării, temei legal pentru a fi suportate din bugetul FNUASS.

La data prezentei, în evidența Comisiei de negociere a contractelor cost volum/cost volum rezultat exista un număr de 42 de medicamente cu Decizii de includere condiționată în Lista emise de ANMDMR în perioada septembrie 2022-martie 2024, pentru care DAPP, prin reprezentanții lor legali și-au exprimat disponibilitatea pentru începerea procesului de negociere în vederea încheierii unui contract cost volum și includerii în Lista de medicamente și au depus oferta financiară în acest sens. Din cele 42 de medicamente, 22 de medicamente, potrivit informațiilor comunicate de Comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, se încadrează în criteriul 1 de prioritarizare pentru negociere (medicamente orfane sau care se adresează unor stadii evolutive ale afecțiunilor

fara alternativa terapeutica in lista de medicamente)

Totodata, in evidenta Comisiei mai exista un numar de alte 19 DCI-uri cu decizii de includere conditionata in Lista de medicamente pentru care DAPP si-au exprimat disponibilitatea pentru inceperea procesului de negociere dar Comisiile de specialitate ale Ministerului sanatatii nu au comunicat elementele care stau la baza negocierii astfel incat DAPP sa fie in masura a depune oferta finaciara.

In conformitate cu prevederile art. 243 alin (3) si (4) din Legea nr 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, ale art. 12 alin (1) din OUG nr 77/2011 privind stabilirea unor contributii pentru finantarea unor cheltuieli in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru medicamentele pentru care in urma evaluării efectuate potrivit legii de Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale au fost emise decizii de intrare condiționată în Lista de medicamente, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificările și completările ulterioare, se pot negocia și încheia contracte cost-volum/cost-volum-rezultat până la limita maximă a sumei aprobate prin legile bugetare anuale până la care Casa Națională de Asigurări de Sănătate este autorizată să negocieze și să încheie aceste contracte.

In anul 2023, potrivit prevederilor art 10 alin (2) din Legea nr. 368/2022 - Legea bugetului de stat pe anul 2023, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a fost autorizata să negocieze si sa încheie contracte cost volum/cost volum rezultat în limita sumei de 4.300.000 mii lei. Avand in vedere faptul ca, pe parcursul acestui an, nu au fost efectuata nici o rectificare bugetara, prin raportare la prevederile legale in vigoare, limita sumei mai sus mentionata a fost insuficienta pentru derularea tuturor proceselor de reluare a negocierii, renegociere a contractelor cost volum aflate in derulare precum si a proceselor de negociere pentru incheierea unor noi contracte cost volum.

Prin Legea nr 421/2023-Legea bugetului de stat pe anul 2024, limita maxima a sumei pana la care CNAS este autorizata sa negocieze si sa încheie contracte cost volum/cost volum rezultat a ramas la nivelul de 4.300.000 mii lei, nivel nemodificat din anul 2022, astfel incat, aceasta limita nu permite in continuare derularea unor procese de negociere pentru incheierea unor noi contracte cost volum pentru cele 42 de medicamente aflate in evidenta Comisiei de negociere. Si pentru o parte din aceste medicamente, pacientii eligibili au solicitat si solicita acordarea în regim de compensare 100% (fără contribuție personală) a acestor medicamente pentru care nu există , la data solicitării, temei legal pentru a fi suportate din bugetul FNUASS.

Astfel, în practică, în materie de asigurări sociale de sănătate, s-a creat o jurisprudență constantă cu privire la admiterea cererilor de ordonanță președințială având ca obiect asigurarea către reclamanti, pe bază de prescripție medicală, în regim de compensare 100% (fără contribuție personală) a unor medicamente care se acordă și se decontează într-o altă modalitate decât cea prevăzută în mod expres de legislația în vigoare, respectiv la nivelul prețului cu amănuntul maximal cu TVA prevăzut în CANAMED aprobat prin ordin al ministrului sănătății și nu la nivelul prețului de rambursare, care ar fi fost stabilit în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în situația în care medicamentele ar fi fost acordate pentru indicații autorizate, potrivit legii, sens in care bugetul FNUASS nu este utilizat în mod eficient, fiind afectat accesul asiguratilor la medicamentele prevazute deja in Lista aprobata prin HG nr 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.

Pentru a asigura accesul pacientilor eligibili la inovatie si pentru a indeplini obiectivele sistemului de asigurari sociale de sanatate se impune identificarea unui mecanism prin care, pentru medicamentele cu decizii de includere in Lista emise de ANMDMR precum si pentru medicamentele autorizate de punere pe piata care au depus solicitare la ANMDMR pentru evaluare in vederea includerii in Lista, pentru indicatii fara alternative terapeutice rambursate din bugetul FNUASS, DAPP sa contribuie, pentru o perioada limitata de timp, respectiv pana la includerea

efectiva în Lista sau pana la emiterea Deciziei de neincluere în Lista, la cofinantarea tratamentului persoanelor asigurate, prin partajarea cu CNAS a riscurilor legate de costurile ridicate ale tratamentului, eficiența terapeutică, aderența la tratament.

- Prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice, pentru consolidare fiscală, combaterea evaziunii fiscale, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene, prevederile art. 154 alin. (1) din Codul fiscal referitoare la categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate au fost modificate în sensul asigurării concordanței cu dispozițiile Legii învățământului superior nr. 199/2023, cu modificările ulterioare în ceea ce privește studenții doctoranzi. Totodată, prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2024 privind unele măsuri pentru sprijinirea categoriilor de cupluri mamă-nou-născut defavorizate cu tichete sociale pe suport electronic acordate din fonduri externe nerambursabile pentru nou-născuți, pentru modificarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, precum și prorogarea unui termen, prevederile art. 154 alin. (1) lit. i) ȧ) din Codul fiscal referitoare la categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate au fost modificate în sensul exceptării de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate a persoanelor aflate în concedii medicale în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile care nu sunt cuprinse în categoriile de venituri supuse contribuției de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 155 alin. (1) lit. i) din Codul fiscal.

Potrivit dispozițiilor art. 27⁹ alin. (1) și (2) din Legea nr. 196/2016 privind venitul minim de incluziune, cu modificările și completările ulterioare, accesul la asistența pentru sănătate pentru persoanele care au dreptul la venitul minim de incluziune se asigură în condițiile stabilite de legislația privind asigurările sociale de sănătate.

Beneficiarii de ajutor de incluziune au calitatea de asigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor art. 154 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare.

La data intrării în vigoare a Legii nr. 196/2016, cu modificările și completările ulterioare (1 ianuarie 2024), au încetat de drept drepturile de ajutor social stabilite în baza Legii nr. 416/2001, cu modificările și completările ulterioare.

În conformitate cu prevederile art. 95¹ alin. a) din actul normativ mai sus amintit, la data intrării în vigoare a legii, în cuprinsul actelor normative următoarele expresii se înlocuiesc: expresia "ajutor social" se înlocuiește cu expresia "ajutor de incluziune".

Astfel, persoanele fizice care beneficiază de ajutor de incluziune, au calitatea de persoane asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, fără plata contribuției.

Prin modificarea de la punctul 1 se înlocuiește ajutorul social cu venitul de incluziune, așa cum prevede Legea nr. 196/2016.

Având în vedere modificările aduse Codului fiscal prin Legea nr. 296/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare pentru asigurarea sustenabilității financiare a României pe termen lung, se impune corelarea prevederilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale Codului fiscal în ceea ce privește dobândirea calității de asigurat a persoanelor fizice care realizează venituri din categoriile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) – h) din Codul fiscal.

În majoritatea județelor din România întâlnim un deficit de medici de familie, atât în mediul rural cât și în cel urban. Mai mult, mulți medici de familie se vor pensiona în viitorul apropiat. Considerăm că este necesar ca toți medicii de familie, indiferent de mediul în care își desfășoară activitatea să aibă posibilitatea de a se pensiona peste vârsta de 70 ani în condițiile legii.

La momentul actual, potrivit prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, personalul de specialitate medico-

sanitar/medicii care ocupă funcții publice în cadrul ministerelor sau instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii poate/pot desfășura în afara programului de lucru, în condițiile legii, activități profesionale, potrivit calificării pe care o deține/dețin. Prevederile se aplică cu respectarea reglementărilor legale referitoare la conflictul de interese și incompatibilități stabilite pentru sistemul sanitar, iar activitățile profesionale se desfășoară exclusiv în unități sanitare private;

B. Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății

Protocoalele de acces timpuriu în rambursare reprezintă noi mecanisme de facilitare a accesului la medicamente, pentru o anumită categorie de pacienți și o perioadă limitată de timp, și se adresează acelor medicamente care nu sunt încă incluse în Lista aprobată prin HG nr 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare pentru care au fost emise de către ANMDMR, urmare evaluării tehnologiilor medicale, Decizii de includere în Lista sau medicamentelor autorizate de punere pe piață care au depus la ANMMR documentația necesară în vederea evaluării tehnologiilor medicale dar aceasta nu a fost finalizată, pentru afecțiuni fără alternativă terapeutică tinită. Prin aceste noi mecanisme, DAPP, direct sau prin reprezentanții lor legali, până la includerea efectivă în rambursare, vor contribui la cofinanțarea tratamentului persoanelor asigurate, prin partajarea cu CNAS a riscurilor legate de costurile ridicate ale tratamentului, eficiența terapeutică, aderența la tratament.

Încă de la introducerea mecanismului de acces condiționat în Lista a medicamentelor prin contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, respectiv anul 2015, au fost stabilite 3 criterii de prioritizare pentru inițierea proceselor de negociere, respectiv: medicamente pentru afecțiuni în stadii evolutive de boală fără alternativă terapeutică în lista de medicamente, medicamente aprobate prin procedură de urgență de către Agenția Europeană a Medicamentelor, medicamente corespunzătoare DCI-urilor pentru tratament specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, prevăzute în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în Strategia națională de sănătate.

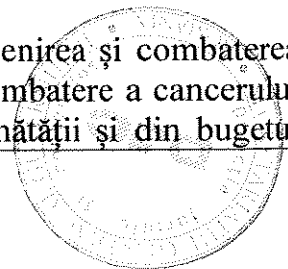
Aceste criterii au creat dificultăți Comisiilor de specialitate relevante ale Ministerului Sănătății în fundamentarea încadrării unui medicament într-unul din cele 3 criterii de prioritizare, în condițiile în care, ariile terapeutice aferente medicamentelor cu decizii de includere condiționată în Listă s-au diversificat, iar o parte din aceste medicamente nu se adresează unor boli cu impact major asupra sănătății publice, așa cum acestea sunt prevăzute în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în Strategia națională de sănătate. Totodată, deținătorii de autorizații de punere pe piață prin reprezentanții lor legali au contestat frecvent informațiile transmise de Comisiile de specialitate relevante ale Ministerului Sănătății cu privire la încadrarea unor medicamente cu decizie de includere condiționată în Listă într-unul dintre criteriile de prioritizare.

În anul 2020, procesul de evaluare a tehnologiilor medicale privind includerea, extinderea indicațiilor, neinclusiunea sau excluderea medicamentelor în/din Listă a fost ajustat în sensul în care:

- pentru medicamentele noi, pentru care se identifică un comparator relevant în Listă, la analiza privind costurile terapiei se acordă un punctaj diferențiat în funcție de impactul bugetar generat;
- pentru medicamentele noi, pentru tratamentul bolilor rare sau pentru stadii evolutive ale unor patologii pentru care DCI evaluată este singura alternativă terapeutică și pentru care nu există comparator relevant în Listă, se acordă un punctaj diferențiat în funcție de stadiul evolutiv al patologiei.

Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului

În prezent, în conformitate cu prevederile Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, Planul de prevenire și combatere a cancerului în România se finanțează de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății și din bugetul



FNUASS, după caz, suma aprobată anual pentru finanțarea planului reprezintă cel puțin 20% din totalul fondurilor aprobate pentru desfășurarea programelor naționale de sănătate la nivel național de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

În Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România, la punctul II "Obiective specifice", este prevăzută acordarea unor tipuri de servicii de radioterapie, respectiv radioterapie stereotactică (SBRT), iradiere corporală totală și brahiterapie doar pentru anumite localizări tumorale maligne.

Astfel, serviciile de radioterapie stereotactică sunt prevăzute a fi acordate în următoarele tipuri de cancer: metastaze pulmonare și hepatice de cancer colorectal, metastaze ale cancerului de sân, cancerul bronhopulmonar.

Serviciile de iradiere corporală totală sunt prevăzute a fi acordate pentru cancerul pediatric.

Serviciile de radioterapie de tip brahiterapie sunt prevăzute a fi acordate în cancerul de prostată. La momentul actual în conformitate cu prevederile H.G. nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice este parte componentă din structura Programului național de oncologie, structura acestui subprogram fiind reglementată în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare.

Astfel, în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se decontează din bugetul FNUASS, respectiv din bugetul programelor naționale de sănătate curative derulate de CNAS următoarele tipuri de servicii de radioterapie: radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj, radioterapie cu accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie cu modularea intensității (IMRT), brahiterapie, radioterapie stereotactică (SBRT), iradierea corporală totală sau derivate. Serviciile de radioterapie reprezintă o terapie specifică acordată, în mod de nediscriminator, tuturor pacienților cu afecțiuni oncologice care îndeplinesc criteriile de eligibilitate prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative. Totodată, aceste servicii de radioterapie se decontează la nivelul realizat din bugetul FNUASS, respectiv bugetul programelor naționale de sănătate curative. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice a fost implementat de către CNAS și derulat de furnizorii de servicii de radioterapie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate începând cu anul 2015, dată de la care tarifele nu au mai fost revizuite.

În anul 2023, Comisia de specialitate de radioterapie a Ministerului Sănătății a revizuit tarifele serviciilor de radioterapie, fundamentând structura acestora care cuprinde cheltuieli de personal, cheltuieli cu materialele sanitare, utilități, mentenanță etc, cu înglobarea procentuală a costului aferent planului și simulării de tratament în costul fiecărei ședințe de tratament de iradiere. De asemenea, a propus ca serviciile de brahiterapie să fie diferențiate în cinci subtipuri în funcție de complexitate și localizare tumorală malignă, fiecare având un tarif pe ședință de iradiere. În prezent tariful serviciilor de radioterapie tip brahiterapie nu este actualizat în raport cu cheltuielile aferente directe și indirecte suportate de furnizorii de radioterapie, ceea ce crează nemulțumire din partea furnizorilor de servicii de radioterapie.

Ministerul Sănătății a transmis Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anul 2023 tarifele revizuite de către Comisia de specialitate de radioterapie a Ministerului Sănătății în vederea implementării. Tarifele astfel revizuite nu au fost implementate deoarece bugetul alocat pentru derularea programelor naționale de sănătate curative de către CNAS nu a permis actualizarea acestora.

Referitor la îngrijirile paliative acordate pacienților cu afecțiuni oncologice prevăzute în Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, precizăm faptul că proiectul finanțat din fonduri europene PAL-PLAN a fost finalizat la 31 decembrie 2023, în cuprinsul acestuia fiind

elaborat și proiectul de Program național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu. Acest program are în structura sa 4 subprograme care asigură cadrul de reglementare pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și în spitalizarea de zi.

Măsurile prevăzute în cuprinsul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România care vizează aplicații inovative ale tehnologiei informației au o perioadă de implementare mai scurtă decât perioada stabilită pentru finalizarea unor proiecte europene care au ca obiectiv dezvoltarea de rețele întreconectate la nivel național și European, respectiv anul 2026.

C. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina

Prin OUG nr. 96/2024 a fost instituit un nou regim de sprijin și asistență umanitară pentru cetățenii străini sau apatrizii aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina și care intră în România. În ceea ce privește incidența asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate, s-a menținut dreptul acestor persoane, indiferent că acestea solicită sau nu o formă de protecție potrivit Legii nr. 122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare, de a beneficia de aceleași servicii medicale ca asigurații români, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile cuprinse în programele naționale de sănătate curative. Pentru aceste situații, au fost reglementate modalitățile de înregistrare, raportare și decontare a asistenței medicale acordate acestor persoane, CNAS punând la dispoziția furnizorilor în mod gratuit o aplicație informatică în acest sens.

D. Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice

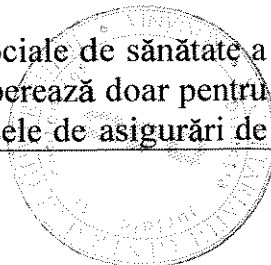
- Potrivit dispozițiilor art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, astfel cum aceasta a fost modificată și completată prin OUG nr. 34/2016, "costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și are în vedere totalitatea cheltuielilor curente anuale ale căminului pentru persoane vârstnice, diminuate cu sumele primite din Fondul național unic de asigurări de sănătate, pentru finanțarea drepturilor de personal ale personalului medical și a medicamentelor."

Anterior adoptării modificărilor prin O.U.G. nr. 34/2016, art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, prevedea: „Costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și are în vedere cheltuielile de întreținere, pentru hrană și gospodărie, obiecte de inventar, echipament și cazarmament, materiale sanitare și altele asemenea, în conformitate cu clasificția bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale."

Potrivit dispozițiilor art. 220 alin. (1) și art. 229 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit prezentei legi, iar drepturile asiguraților se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual. Contractul-cadru reglementează între altele, în principal, condițiile acordării asistenței medicale cu privire la modalitățile de plată utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop.

Totodată, art. 261 alin. (2) din același act normativ, prevede că modalitatea de decontare a serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale se stabilește prin contractul-cadru.

În acest context legal, decontarea din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a medicamentelor și serviciilor medicale acordate persoanelor vârstnice îngrijite, operează doar pentru furnizorii de servicii medicale și medicamente care au încheiate contracte cu casele de asigurări de



sănătate, potrivit Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Astfel, având în vedere faptul că dispozițiile OUG nr. 34/2016 pentru modificarea și completarea Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice nu pot fi puse în aplicare întrucât bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu constituie sursă de venit pentru drepturile de personal ale personalului medical care își desfășoară activitatea în căminele pentru persoane vârstnice, propunem modificarea art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

E. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

- Stagiul minim de asigurare pentru acordarea concediilor medicale, este de 6 luni realizate în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă certificatul de concediu medical inițial. Astfel, se aduce o modificare care clarifică faptul că stagiul minim de asigurare trebuie îndeplinit la acordarea certificatului de concediu medical.

F. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative

La art. IX alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, se prevede faptul că pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

Prevederile art. 5 alin. (1) și (2) din Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, stabilesc faptul că Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România se finanțează de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după caz, conform prevederilor art. 58 și ale art. 271 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Suma aprobată anual pentru finanțarea planului național reprezintă cel puțin 20% din totalul fondurilor aprobate pentru desfășurarea programelor de sănătate la nivel național de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Fondurile necesare pentru acordarea și decontarea la nivelul realizat a serviciilor și investigațiilor medicale prevăzute în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România se aprobă prin legile bugetare anuale, atât în bugetul FNUASS, cât și în bugetul Ministerului Sănătății, după caz. Sumele aprobate prin legile bugetare anuale pot fi modificate în cursul exercițiului bugetar, cu respectarea regulilor și a condițiilor prevăzute de lege.

Potrivit dispozițiilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023 privind punerea în aplicare a prevederilor art. IV din Ordonanța Guvernului nr. 26/2023 pentru modificarea art. 942 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, persoanele prevăzute la art. 4 alin. (1) din Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de servicii medicale de prevenire, diagnostic și tratament al cancerului, de servicii de îngrijire, inclusiv îngrijiri paliative, de servicii conexe actului medical, cuprinse în Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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 și a normelor sale de aplicare, precum și în condițiile prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și a normelor tehnice de aplicare a acestora. Asigurarea serviciilor medicale necesare în vederea diagnosticului de cancer pentru persoanele care nu beneficiază de asigurare socială de sănătate se realizează de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Potrivit art. 218 alin. (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul fondului, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

H. Legea 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, cu modificările și completările ulterioare

Prin Ordonanța Guvernului nr. 39/28.08.2024 a fost aprobată modificarea Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, cu modificările și completările ulterioare. Printre prevederile modificate sunt și cele ale art. 2 alin (2) și art. 7 alin.(1), care prin forma modificată, asigurarea continuității asistenței medicale prin centrele de permanență se poate realiza de către medicii specialiști de medicină de familie și asistenți medicali, fiind astfel eliminați medicii de medicină generală.

Eliminarea din cadrul echipelor medicale ale centrelor de permanență a medicilor generaliști poate determina restrângerea sau chiar eliminarea accesului la servicii de asistență medicală a populației din zone izolate și greu accesibile prin desființarea centrelor de permanență datorită neîndeplinirii condiției de asigurare a numărului minim de posturi de medici din cadrul centrului de permanență.

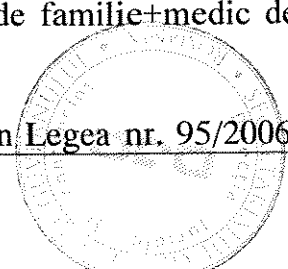
Fiind cunoscut deficitul de medici de familie din rețeaua de asistență medicală primară, în mod deosebit în mediul rural, îmbunătățirea accesibilității medicinei de familie în zonele rurale, izolate necesită, printre altele, **organizarea medicinei de familie în regim de 24 x 7 (centre de permanență, serviciu de gardă prin rotație)**, iar una din preocupările Ministerului Sănătății este insuficiența medicilor de familie, lipsa atractivității unei cariere în medicina primară, distribuția inechitabilă a resursei umane din acest domeniu, precum și vârsta înaintată a medicilor de familie, aproximativ 40% din numărul total de medici de familie sunt în pragul pensionării sau au depășit deja vârsta de pensionare, ceea ce va accentua și mai mult deficitul în următorii ani și ținând cont de faptul că această criză este mai accentuată în zonele izolate și greu accesibile, propunem revenirea asupra modificărilor aduse prin OG 39/2024 pentru art. 2 alin (2) și art. 7 alin.(1).

De asemenea, facem precizarea că intenția inițiatorului modificărilor Legii 263/2004 aprobate prin OG 39/2024, față de prevederile art. 2 alin (2) și art. 7 alin.(1), a fost doar de armonizare a acestora cu prevederile art. 64 lit. e) din Legea 95/2006, republicată, cu modificările și completările.

Față de cele arătate apreciem necesară includerea medicilor generalisti, absolvenți ai facultăților de medicină până în anul 2005 în cuprinsul prevederilor art. 2 alin (2) și art. 7 alin.(1). Având în vedere definiția medicului de familie prevăzută la art. 64 lit e) din Legea 95/2006 unde **medicul de familie** = medicul specialist de medicină de familie și, prin asimilare, medicul de medicină generală, apreciem necesară eliminarea sintagmei "specialist" din cuprinsul art. 2 alin (2) și art. 7 alin.(1), având în vedere faptul că, în conformitate cu Legea 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, medicul de familie = medic specialist de medicină de familie+medic de medicină generală.

I. Prorogarea unor termene

- Pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 230 alin. (2¹) - (2³) din Legea nr. 95/2006,



republicată, cu modificările și completările ulterioare, a fost reglementat un mecanism gradual, de la 1 iulie 2021 fiind implementate, în legislația subsecventă care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prevederile prin care asigurații care optează să beneficieze de unele servicii medicale de spitalizare continuă acordate de furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, 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.

Punerea în aplicare a prevederilor referitoare la serviciile acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate, potrivit art. 230 alin. (2)⁶ din actul normativ mai sus menționat se realizează în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2025.

- La art. 386 alin. (5) și (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se prevede că, în vederea exercitării dreptului de liberă practică, casele de asigurări de sănătate încheie un contract cu medicul specialist într-o specialitate clinică, pentru specialitățile clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin hotărâre a Guvernului, care se elaborează cu consultarea Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Stomatologi din România și Colegiului Farmaciștilor din România, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2025.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescripțiile medicale, biletele de trimitere pentru specialități clinice și biletele de trimitere pentru investigații paraclinice sunt eliberate numai ca urmare a serviciilor medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, respectiv consecință a consultației raportate în platforma informatică din asigurările sociale de sănătate (PIAS).

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, toți furnizorii de servicii medicale care eliberează prescripții medicale, precum și bilete de trimitere pentru specialități clinice și paraclinice au obligații unitare, fără nicio discriminare, respectiv:

- să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament. În consecință, toți medicii specialiști au posibilitatea și obligația de a verifica calitatea de asigurat prin intermediul instrumentelor reglementate de lege;
- să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate;
- să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

2.3. Schimbări preconizate

A. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

- Pentru gestionarea eficientă a bugetului programelor naționale de sănătate curative de către furnizorii de servicii medicale, precum și de către furnizorii de servicii conexe actului medical pentru persoanele cu tulburări din spectrul autist, este necesar ca fiecare program/subprogram/activitate, după caz, să aibă asigurată coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea și derularea programelor naționale de sănătate curative cu participarea experților coordonatori de program/subprogram/activitate, după caz, la nivel național, iar la nivelul unităților de specialitate acesta să fie realizată de către responsabili de

program/subprogram/activitate, după caz, desemnați de către conducătorul respectivei unități de specialitate. Atribuțiile coordonatorilor, respectiv ale responsabililor de program/subprogram/activitate, se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

- Prin proiectul de act normativ se pun în concordanță dispozițiile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu dispozițiile Legii 293/2022 cu modificările și completările ulterioare. Astfel în cuprinsul Titlului II al Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, s-au realizat o serie de modificări și completări care să creeze cadrul normativ pentru implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu și derularea acestuia prin casele de asigurări de sănătate, respectiv:

- definirea serviciilor de îngrijiri paliative,
- nominalizarea tipului de unitate de specialitate care poate acorda servicii de îngrijiri paliative în cadrul programelor naționale de sănătate curative (medici de familie, furnizori publici și privați de îngrijiri paliative),
- reglementarea tipului de contract care se poate încheia între unitățile de specialitate și casele de asigurări de sănătate pentru implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu (contracte de natură civilă, multianuale).

Față de cele expuse mai sus precizăm faptul că, îngrijirea paliativă este un tip de îngrijire care combină intervenții și tratamente având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice. În funcție de nivelul de complexitate a îngrijirilor paliative, îngrijirea paliativă poate fi:

- de bază acesta fiind îngrijirea și suportul acordat pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora de către personalul medical din asistența primară, cu instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative,
- îngrijirea paliativă specializată care este îngrijirea asigurată de furnizori autorizați pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, prin echipe multidisciplinare formate din personal cu studii aprofundate în domeniul paliaticei, potrivit Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

Totodată, prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024 a fost prevăzută finanțare pentru implementarea acestui program național, raportat la infrastructura existentă în România, atât din punct de vedere al existenței furnizorilor de îngrijiri paliative, cât și a resurselor umane de specialitate în îngrijiri paliative.

Astfel, având în vedere necesitatea implementării programului de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu pentru pacienții cu afecțiuni oncologice care reprezintă rezultatul proiectului “Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu”, ce vine în sprijinul pacienților cu afecțiuni atât oncologice, cât și non-oncologice, reprezentând îngrijiri necesare care se acordă în stadii terminale de boală cu scopul de ameliora calitatea vieții pacientului,

Luând în considerare faptul că, în Legea nr. 293/2022 privind aprobarea planului național de cancer, cu modificările și completările ulterioare, este prevăzut Obiectivul general – Îngrijiri paliative, al cărui termen de implementare este anul 2024, se impune ca toate serviciile paliative care sunt parte a Programului național de îngrijiri paliative să fie implementate în trimestrul IV al anului 2024, astfel încât până la această dată este necesară elaborarea actelor normative subsecvente, precum și implementarea acestor modificări în aplicațiile informatice utilizate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și furnizorii de astfel de servicii.

- Având în vedere faptul că există zone în care unitățile sanitare nu au în structura compartimente dedicate îngrijirii populației de vârstă pediatrică, precum și faptul că este necesară a se asigura tranziția optimă de la copil la tânăr, cu 3 ani înainte și după vârsta majoratului, este necesară instituirea unor măsuri pentru ca tinerii și copiii, cu vârsta cuprinsă între 15 și 21 de ani, să poată beneficia de servicii medicale acordate atât în spitalele de adulți, cât și în cele de copii.

- Pentru asigurarea accesului la serviciile medicale acordate în cadrul consorțiilor medicale pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prin proiectul de ordonanță se menționează expres posibilitatea derulării de relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, cu respectarea condițiilor stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

- Prin proiectul de act normativ se asigură implementarea unui nou mecanism de facilitare a accesului la medicamente. Astfel, se reglementează un nou tip de protocoale de acces timpuriu în rambursare a medicamentelor, pentru indicații aprobate fără alternativă terapeutică în lista de medicamente, derulate pentru o perioadă limitată de timp, prin partajarea riscurilor între DAPP și CNAS. Totodată, se asigură temeiul legal de nivel primar pentru stabilirea prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a mecanismelor de acces facilitat și a metodologiei de încheiere și monitorizare a modului de implementare și derulare a acestora.

- Se asigură concordanța dispozițiilor normative de nivel primar referitoare la acordarea calității de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prevăzute la art. 224 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale Legii nr. 196/2016, precum și cu cele ale Codului fiscal, astfel cum acesta a fost modificat și completat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2023 și Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2024.

Totodată, se asigură concordanța dispozițiilor referitoare la dobândirea calității de asigurat a persoanelor fizice care realizează venituri din categoriile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) – h) din Codul fiscal, precum și a persoanelor fizice care au optat pentru plata contribuției de asigurări sociale de sănătate în vederea dobândirii calității de asigurat, având în vedere modificările aduse acestui din urmă act normativ prin Legea nr. 296/2023. Astfel, prin modificările propuse se are în vedere ca dobândirea calității de asigurat să se realizeze în situația în care, prin depunerea declarației, persoana fizică stabilește contribuția la baza de calcul potrivit reglementărilor Codului fiscal.

Propunerea vizează completarea Legii nr. 95/2006, ca urmare a preocupării la nivelul unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică și securitate națională în ceea ce privește asigurarea unor servicii de sănătate și siguranță a pacientului la înalte standarde de calitate și acoperirea deficitului de personal de specialitate din sistemul sanitar.

Astfel, este necesară reglementarea posibilității ca personalul de specialitate medico-sanitar/medicii să poată desfășura activități profesionale, potrivit calificării pe care o deține/dețin, în afara programului de lucru, suplimentar orelor aferente funcției de bază. Modificarea legislativă propusă este justificată atât de asigurarea continuității actului medical (obligație legală a unităților sanitare), cât și de obligația legală generală ce revine angajatorului de a recompensa în bani munca prestată.

Prin această reglementare se creează premisele pentru retenția personalului medical înalt calificat cu precădere în specialitățile deficitare la nivel național, acoperirea deficitului de medici pe specialități și împiedicarea majorării acestui deficit, precum și pentru creșterea calității vieții profesionale a personalului. Se asigură, astfel, realizarea unor activități medicale în parametrii optimi și furnizarea de îngrijire medicală de înaltă calitate, printr-o abordare sustenabilă și eficientă

(eliminarea perioadă de căutare și contractare personal medical nou, precum și perioada necesară de acomodare la locul de muncă).

Lipsa unei reglementări, la nivel primar, care să asigure temeiul juridic pentru punerea în practică a misiunii și scopului sistemului sanitar la nivel național, poate genera situații extraordinare care pot împiedica personalul medical din cadrul unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică și securitate națională să poată desfășura activități profesionale în concordanță cu nevoile reale și cu misiunea și scopul sistemului sanitar la nivel național.

Totodată, potrivit modelului, dovedit deja productiv, al organizării activității medicale din alte țări, pornind de la realitatea de fapt - un număr insuficient de personal medical care să asigure continuitatea activității medicale, număr crescut de solicitări medicale și liste de așteptare pentru perioade de câteva luni, folosirea insuficientă a aparaturii medicale de înaltă performanță cu consecințe negative atât asupra utilizării optime a aparaturii medicale, cât și asupra satisfacției pacienților care nu pot accesa în intervale rezonabile de timp anumite investigații necesare - se impune reglementarea posibilității ca, la aceeași unitate medicală, cu același personal, în schimbul plății serviciilor de către pacient, să se poată desfășura activități medicale, potrivit calificării, astfel încât să se poată asigura continuitatea asistenței și supravegherii medicale.

Toate aceste aspecte vizează interesul public și pot constitui o vulnerabilitate a modului de acțiune a instituțiilor implicate, constituind situații de urgență, extraordinare, ce nu pot fi amânate fără riscul unor blocaje sau disfuncționalități instituționale, cu atât mai mult cu cât statul este garant al dreptului la ocrotirea sănătății publice și trebuie să ia măsuri pentru asigurarea acestui drept.

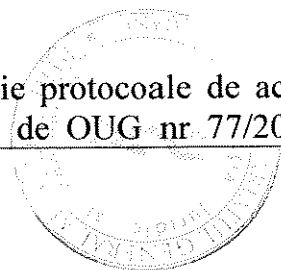
Măsurile care se impun a fi luate nu suportă amânare, consecințele negative ale lipsei intervenției legislative în regim de urgență constând în îngreunarea activității instituțiilor care au ca principal obiectiv protejarea persoanelor asigurate în caz de boală, astfel încât se poate ajunge la afectarea în mod grav a sănătății persoanelor asigurate, în perioada imediat următoare, prin neasigurarea necesarului de servicii medicale ce pot aduce prejudicii cu efecte pe termen lung asupra sănătății populației.

Întrucât aceste elemente vizează un interes public și constituie o situație extraordinară, a cărei reglementare nu poate fi amânată, se impune adoptarea de măsuri imediate pe calea ordonanței de urgență.

B. Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății

Având în vedere:

- introducerea unui nou mecanism de acces facilitat în rambursare a medicamentelor autorizate de punere pe piață;
- modificările intervenite în procesul de evaluare a tehnologiilor medicale privind includerea, extinderea indicațiilor, neinclusiunea sau excluderea medicamentelor în/din Lista de medicamente;
- necesitatea utilizării eficiente a bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- diversificarea ariilor terapeutice aferente medicamentelor noi pentru care sunt emise decizii de includere condiționată în Listă, arii terapeutice care nu sunt prevăzute în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în Strategia națională de sănătate;
- necesitatea asigurării continuității tratamentului cu medicamentele deja incluse condiționat în Listă, în baza deciziei/deciziilor de includere condiționată emise de către ANMDMR, medicamente pentru care se impune reluarea proceselor de negociere a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat anterior încetării termenului de valabilitate a acestora, prin proiectul de act normativ se reglementează următoarele:
- exceptarea deținătorilor de punere pe piață a medicamentelor care încheie protocoale de acces timpuriu în rambursare de la plata contribuțiilor trimestriale reglementate de OUG nr. 77/2011,



respectiv contribuția trimestrială clawback și contribuția trimestrială cost-volum/cost-volum-rezultat;

- în limita maximă a sumei prevăzută prin legile bugetare anuale, până la care CNAS este autorizată să negocieze și să încheie contracte cost volum/cost volum rezultat, urmează să se deruleze prioritar procesele de negociere pentru medicamentele deja incluse condiționat în Lista de medicamente;

- modificarea criteriilor de prioritizare în baza cărora se poate iniția procesul de negociere a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat în vederea includerii în rambursare a medicamentelor noi cu decizie/decizii de includere condiționată în Listă și aplicarea acestora și pentru medicamentele pentru care nu s-a inițiat încă procesul de negociere în vederea încheierii unor contracte cost-volum/cost-volum-rezultat.

Prin modificarea criteriilor de prioritizare se va urmări accesul prioritar în negociere și implicit în rambursare a medicamentelor care generează economii la bugetul FNUASS, fiind atins astfel obiectivul de utilizare eficientă a resurselor alocate. Totodată, în condițiile în care rapoartele de evaluare HTA sunt publice, se elimina arbitrariul în stabilirea criteriului de prioritizare pentru negociere, care de cele mai multe ori nu poate fi fundamentat de către Comisiile de specialitate relevante ale Ministerului Sănătății, fiind astfel creată premisa de transparență și predictibilitate în accesul la procesul de negociere a contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Totodată, se reglementează o normă tranzitorie privind derularea proceselor de negociere și pentru acele medicamente care au obținut decizie de includere condiționată în Lista de medicamente, dar pentru care, până la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, nu s-a inițiat procesul de negociere în vederea încheierii contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

C. Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului

- Ținând cont de importanța acordării serviciilor de radioterapie pe tip de afecțiune oncologică și localizare tumorală, este necesară implementarea în cadrul Planului de prevenire și combatere a cancerului în România a unui obiectiv distinct destinat tratamentului specific prin radioterapie pentru toți bolnavii oncologici care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de serviciile de radioterapie, indiferent de tipul de tumoră malignă.

Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice derulat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cuprinde mai multe tipuri de servicii de radioterapie care pot fi acordate tuturor pacienților cu afecțiuni oncologice care îndeplinesc criteriile de eligibilitate specifice pentru a beneficia de un anumit tip de serviciu de radioterapie. Prin urmare, este imperios necesar ca Planul de prevenire și combatere a cancerului în România să cuprindă la punctul I "Obiective generale" toate tipurile de servicii de radioterapie care pot fi acordate pacienților cu afecțiuni oncologice, indiferent de localizarea tumorală malignă, dacă aceștia îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de un anumit tip de serviciu de radioterapie decontat din bugetul FNUASS, respectiv din bugetul programelor naționale de sănătate curative. Abordarea din punct de vedere medical, în general a pacientului, raportat la prevenție, depistare precoce, diagnosticare, tratament și paliative presupune un management integrat al cazului și în special pentru pacienții beneficiari ai reglementărilor prevăzute în Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

În acest sens, serviciile de radioterapie este necesar să fie prevăzute în integralitatea lor în cuprinsul Planului de prevenire și combatere a cancerului în România, ca o opțiune de tratament specific pentru toți pacienții cu afecțiuni oncologice, pentru orice tip de localizare tumorală malignă cu condiția ca aceștia să îndeplinească criteriile de eligibilitate aferente acordării unui anumit tip de serviciu de radioterapie. Referitor la tarifele serviciilor de radioterapie precizăm că serviciile de radioterapie stereotactică prevăzute în Planul de prevenire și combatere a cancerului în România au fost elaborate și fundamentate de către Ministerul Sănătății, respectiv Comisia de specialitate de radioterapie a Ministerului Sănătății, acestea fiind implementate începând cu data de 1 octombrie

2023. Tarifele serviciului de radioterapie iradiere corporală și derivate a fost fundamentat raportat la tariful serviciului de radioterapie tip IMRT existent din anul 2015 deoarece în anul 2023 constrângerile bugetare nu au permis revizuirea tarifelor celorlalte servicii de radioterapie inclusiv a serviciului de tip IMRT.

- Cu privire la îngrijirile paliative acordate pacienților oncologici, prevăzute în Planul de prevenire și combatere a cancerului în România, acestea au fost structurate în cadrul Programului național de îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu care a fost elaborat prin proiectul PAL-PLAN. Pentru o creștere a accesului pacienților oncologici la îngrijirile paliative pe domenii de asistență este necesară implementarea Programului național de îngrijirii paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și derularea acestuia prin casele de asigurări de sănătate.

Totoată, în Anexă, la pct. I. "Obiective generale" lit.A "Prevenția" pct. 2. "Realizarea unei rețele interconectate la nivel național și sistemele de conectare în rețea ale UE" Obiective pct. 2. "Integrarea centrelor naționale de cancer în rețelele europene", perioada de implementare aferentă Măsurii c) "Permiterea schimbului și recunoașterii între statele membre a prescripțiilor electronice și a rezumatului dosarului pacientului" se propune a fi "2023 – 2026", deoarece proiectul de dezvoltare al rețelei transfrontaliere (RO-EP) și proiectul de dezvoltare al sumarului pacientului, accesibil de pe teritoriul oricărui stat membru (RO-PS), semnate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu Comisia Europeană și finanțate sub formă de grant, au data de finalizare a implementării anul 2026.

De asemenea, în Anexă, la pct. I. "Obiective generale" lit.B "Diagnosticarea" pct. 4. "Realizarea unui registru național de cancer funcțional, cu subregistre pentru toate localizările, precum și implementarea dosarului electronic al pacientului, în acord cu spațiul european de date medicale" Obiective pct. 3. "Operaționalizarea dosarului electronic de sănătate (DES), în acord cu specificațiile Comisiei Europene din spațiul european de date pentru sănătate", perioada de implementare aferentă Măsurilor a) "Realizarea unui audit tehnic cu privire la statutul DES" și b) "Analiza nevoii de componente hardware și software pentru ca DES să devină funcțional în conformitate cu cerințele europene" propune a fi "2023 – 2026", deoarece proiectul de dezvoltare al dosarului electronic de sănătate prin extinderea acestuia la toți furnizorii de servicii medicale este în curs de finalizare a actualizării studiului de fezabilitate, necesar în vederea depunerii dosarului de finanțare. Estimăm că depunerea dosarului va fi posibilă începând cu trimestrul III al anului 2024, iar perioada de dezvoltare a acestui proiect este preconizată de 30 de luni, respectiv anul 2026.

Se elimină sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" din coloana aferentă instituțiilor responsabile din cuprinsul anumitor obiective deoarece măsurile aferente realizării acestor obiective nu intră în domeniul de competență al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

D. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina

Prin proiectul de act normativ se reglementează modalitatea de gestionare a activității desfășurată de furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care acordă asistență medicală cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina și în situațiile în care sunt constatate întreruperi în funcționarea aplicației informatice pusă la dispoziție de către CNAS.

E. Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice

- Prin prezentul proiect de act normativ se asigură corelarea prevederilor art. 25 alin. (2) din Legea nr. 17/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu dispozițiile art. 258 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și ale art. 137 din

Legea asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere faptul că din FNUASS nu se suportă sume pentru finanțarea drepturilor de personal ale personalului medical din căminele pentru persoane vârstnice, potrivit art. 248 alin. (1) lit. n) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

F. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare

- Pentru a asigura corecta aplicare a normei de nivel primar instituită la art. 7 din OUG nr. 158/2005, este necesară dezvoltarea și detalierea soluțiilor în legislația subsecventă ținând cont de pluralitatea situațiilor de fapt existente în practică, funcție de fiecare tip de concediu medical și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, la care au dreptul asigurații, în condițiile acestui act normativ.

G. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative

Se asigură corelarea dispozițiilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 44/2022 cu cele ale Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, în ceea ce privește reglementarea sursei de finanțare pentru serviciile monitor acordate persoanelor cu boli oncologice.

H. Legea 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, cu modificările și completările ulterioare

Se elimină sintagma "specialiști" din cuprinsul art. 2 alin (2) și al art. 7 alin.(1), dispozițiile având următorul cuprins:

La articolul 2 alineatul (2):

(2) Pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare, potrivit prezentei legi, cabinetele de medicină de familie pot angaja medici de medicină de familie, precum și asistenți medicali care-și exercită profesia în baza certificatului de membru eliberat de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali, avizat anual, în limita fondurilor contractate cu casele de asigurări de sănătate cu această destinație."

La articolul 7, alineatul (1): se modifică și va avea următorul cuprins:

(1) Continuitatea asistenței medicale primare este asigurată prin centrele de permanență de medici de medicină de familie și de asistenți medicali care își exercită profesia în baza certificatului de membru eliberat de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și asistenților Medicali, avizat anual."ulterioare.

I. Prorogarea unor termene

- Se propune prorogarea termenului de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală, care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul 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.

Astfel, se propune ca termenul de intrare în vigoare a reglementărilor privind contribuția personală pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate să fie de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul 2027, determinat de necesitatea asigurării dreptului pentru asigurați de a avea acces la servicii medicale ambulatorii fără contribuție personală, întrucât în condițiile în care asiguratul nu poate suporta contribuția personală și în condițiile în care nu va avea asigurat accesul la furnizorii publici, acesta va accesa serviciile medicale cu întârziere față de momentul nevoii de

astfel de servicii, ceea ce conduce în mod direct la agravarea stării de sănătate a asiguratului, respectiv prejudiciază cu efecte pe termen lung sănătatea populației.

Lipsa promovării acestui act normativ ar conduce la obligarea persoanelor asigurate la plata unei contribuții personale. Astfel, o consecință directă va fi crearea de liste lungi de așteptare la nivelul unităților sanitare publice, asigurații fiind nevoiți să se adreseze furnizorilor privați pentru acordarea de servicii medicale, pentru care vor plăti contribuție personală.

Având în vedere faptul că din cei 3.989 de furnizori care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, 88% sunt privați (3.516 sunt furnizori privați), iar din cei 1.061 de furnizori care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, 76% sunt privați (806 sunt furnizori privați), persoanele cu venituri mici nu vor putea accesa serviciile de îngrijire a sănătății la momentul nevoii, cu toate că sunt asigurate, starea de sănătate va fi agravată conducând ulterior la necesitatea internării în spital cu cheltuieli mult mai mari pentru tratament, recuperare și îngrijiri de sănătate pe termen lung.

Totodată, majoritatea furnizorilor de servicii medicale ambulatorii fiind privați, nevoia de servicii de sănătate va genera costuri substanțiale chiar și pentru asigurații cu venituri medii, grevând bugetul acestora și a familiilor lor, ceea ce va crește povara financiară concomitent cu scăderea nivelului de trai.

Norma în vigoare nu face excepție pentru categorii vulnerabile de asigurați, precum copiii, gravidele, persoanele cu dizabilități, ceea ce ar putea conduce la scăderea indicatorilor de sănătate a populației, inclusiv a speranței de viață.

Ținând cont de caracteristicile socio-demografice actuale ale populației României, potrivit cărora România înregistrează cea mai mare rată a sărăciei dintre statele membre UE - peste 35% din populație este la risc de excluziune socială datorat sărăciei, față de media UE de aprox. 22% (2017), precum și de caracteristici ale sistemului medical din România, potrivit cărora cheltuielile pentru serviciile spitalicești sunt mult mai ridicate decât media UE (Ro 44% vs UE 28%) în detrimentul altor funcții – în special asistența medicală ambulatorie (Ro 18% vs UE 29%), în condițiile în care disponibilitatea oamenilor de a plăti pentru servicii de sănătate este limitată - plățile directe sunt peste media UE (Ro 21% vs UE 15%), se propune prorogarea contribuției personale, care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul 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, deoarece conduce la afectarea calității vieții asiguraților, a aparținătorilor acestora, cu consecințe inclusiv de natură socială, economică și în multe cazuri asociindu-se chiar cu scurtarea vieții pacienților.

- Se propune prorogarea termenului de aplicare a prevederilor cu privire la încheierea de către casele de asigurări de sănătate a contractelor cu medicul specialist într-o specialitate clinică pentru specialitățile clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul FNUASS. Termenul de intrare în vigoare a acestor reglementări urmează să fie la 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul 2027.

Punerea în aplicare a prevederilor art. 386 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate conduce la migrarea furnizorilor aflați în relație contractuală cu casele de asigurări sociale de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale de specialitate, ceea ce ar conduce la îngreunarea accesului la servicii de protecție a sănătății populației, persoanele asigurate urmând să plătească contravaloarea consultațiilor acordate în

sistem privat, astfel încât este necesară respectarea principiilor și obiectivelor asigurărilor sociale de sănătate prin asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu față de cheltuieli suplimentare pentru plata serviciilor medicale de care ar avea nevoie în ambulatoriu, în condițiile utilizării eficiente a FNUASS, cu respectarea prevederilor art. 219 alin. (2) lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru respectarea regulilor referitoare la structura de securitate a PIAS, este necesară analiza, identificarea de soluții și / sau, după caz, dezvoltarea de proiecte, prin care aceste dispoziții să fie implementate în mod corespunzător.

Luând în considerare faptul că insuficiența fondurilor alocate bugetului fondului poate conduce la neacordarea serviciilor acordate de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate recomandate prin biletele de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, acest lucru ar conduce la încălcarea drepturilor prevăzute de lege de care beneficiază persoanele asigurate și la lipsa unui control asupra cheltuielilor suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

În plus, necesitatea implementării unor măsuri de control care implică dezvoltări ale Platformei informatice din asigurările de sănătate, generează cheltuieli suplimentare care impactează negativ bugetul FNUASS. În condițiile în care nu ar fi implementate în sistemul informatic unic integrat (SIUI, componentă din PIAS) reguli de validare speciale, serviciile medicale și medicamentele acordate în baza unor bilete de trimitere sau prescripții medicale de către medici specialiști care nu se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale, nu ar putea fi recunoscute și validate de sistemul informatic unic integrat.

Prin urmare, punerea în aplicare a prevederilor alin. (5) al art. 386 Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare generează cheltuieli suplimentare asupra bugetului FNUASS. Necunoașterea numărului de medici specialiști într-o specialitate clinică pentru specialitățile clinice care ar putea intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul FNUASS conduce la imposibilitatea de a stabili impactul financiar.

În prezent, furnizorii privați care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu au dreptul să încaseze o contribuție personală de la asigurați. În condițiile în care nu ar fi prorogat acest termen, începând cu anul 2025 furnizorii privați ar avea dreptul să stabilească o contribuție personală, ceea ce ar fi în detrimentul persoanelor asigurate. Astfel, norma propusă protejează interesul și drepturile asiguraților prevăzute de lege.

Totodată, se propune o normă tranzitorie, astfel încât, începând cu data implementării Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu, bolnavii să poată beneficia de servicii de îngrijiri paliative acordate din cadrul pachetului de servicii de bază, dacă nu beneficiază de astfel de servicii ce fac obiectul programului, pentru a asigura acordarea serviciilor de îngrijiri paliative fără întrerupere.

J. Legea nr. 134/2019 privind reorganizarea Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, precum și pentru modificarea unor acte normative

Modificarea realizată odată cu intrarea în vigoare a Ordonanței Guvernului nr. 44/2024 pentru modificarea și completarea unor acte normative și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății presupunea și modificarea cumulativă a altor acte normative, precum și stabilirea unor termene de implementare.

Întrucât prin intrarea în vigoare a Ordonanței Guvernului nr. 44/2024 pentru modificarea și completarea unor acte normative și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, se creează o serie

de probleme și disfuncționalități grave privind activitatea curentă a instituției, în condițiile în care în textul actului normativ nu sunt prevăzute termene de implementare și modalitatea trecerii de la finanțarea din venituri proprii și subvenții de la bugetul de stat la finanțare integral din venituri proprii, apreciem că se impune abrogarea prevederilor art. III pct. 7 din Ordonanța Guvernului nr. 44/2024 și revenirea la forma inițială.

Menționăm de asemenea că modificarea **este urgentă** ținând cont de faptul că execuția cheltuielilor, disponibilul și excedentul din sursa G - instituții finanțate parțial din venituri proprii și subvenții de la bugetul de stat nu pot fi transferate pe sursa F - instituții finanțate integral din venituri proprii fără precizare legislativă care să detalieze modalitatea de transfer. Menționăm ca în Ordinul ministrului finanțelor publice Nr. 517/2016 pentru aprobarea de proceduri aferente unor module care fac parte din procedura de funcționare a sistemului național de raportare – Forexbug nu este prevăzută această situație, fapt care duce la blocarea activității ANMDMR (plată salarii, emitere de facturi, plată utilități, plată facturi diverse, încasarea de venituri etc.).

2.4 Alte informații

Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic

3.1 Descrierea generală a beneficiilor și costurilor estimate ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ

3.2 Impactul social

3.3 Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului

3.4 Impactul macroeconomic

3.4.1 Impactul asupra economiei și asupra principalilor indicatori macroeconomici

3.4.2 Impactul asupra mediului concurențial și domeniul ajutoarelor de stat

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.5. Impactul asupra mediului de afaceri

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.6 Impactul asupra mediului înconjurător

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.7 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării

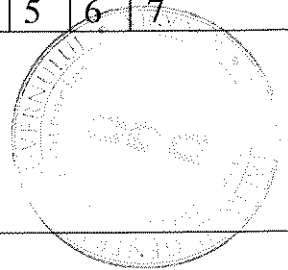
3.8 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile

3.9 Alte informații

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), inclusiv informații cu privire la cheltuieli și venituri

Modificarea vizează clarificarea cadrului legislativ și armonizarea dintre legi, fără a implica costuri directe sau indirecte pentru administrație.

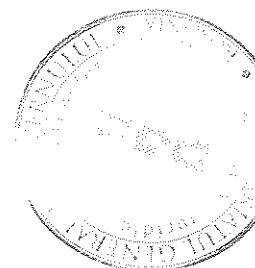
Indicatori	Anul curent	Următorii ani					Media pe 5 ani
1	2	3	4	5	6	7	
4.1 Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care							
a) buget de stat, din acesta:							
(i) impozit pe profit							
(ii) impozit pe venit							
b) bugete locale:							

(i) impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuții de asigurări d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)	
4.2 Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) bugete locale: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)	
4.2 Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	
4.4 Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	
4.5 Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	
4.6 Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	
4.7 Prezentarea, în cazul proiectelor de acte normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente: a) fișa financiară prevăzută la art.15 din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, însoțită de ipotezele și metodologia de calcul utilizată; b) declarație conform căreia majorarea de cheltuială respectivă este compatibilă cu obiectivele și prioritățile strategice specificate în strategia fiscal-bugetară, cu legea bugetară anuală și cu plafoanele de cheltuieli prezentate în strategia fiscal-bugetară.	
4.8 Alte informații Prezentul proiect de act normativ nu are impact bugetar asupra bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024 au fost aprobate credite de angajament în valoare de 51.907,00 mii lei pentru implementarea și derularea Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu. În ceea ce privește reglementarea posibilității derulării de relații contractuale între consorțiile medicale și casele de asigurări de sănătate, menționăm că aceasta se va efectua cu încadrarea în sumele alocate asistenței medicale prin legile bugetare anuale.	
Secțiunea a 5-a Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare	
5.1 Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ Vor fi modificate următoarele acte normative: - Hotărârea de Guvern nr. 423/2022 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate - Hotărârea de Guvern nr. 521/2023 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	

- Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul președintelui CNAS nr. 180/2022. - Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023
5.2 Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice
5.3 Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația UE (în cazul proiectelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE).
5.3.1 Măsuri normative necesare transpunerii directivelor UE
5.3.2 Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE
5.4 Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene
5.5 Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente asumate
5.6. Alte informații
Secțiunea a 6-a
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ
6.1 Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative
6.2 Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate.
CNAS a solicitat Colegiului Medicilor din România punctul de vedere, din perspectiva limitelor competențelor profesionale generate de curricula de pregătire aferentă specialității, cu privire la: - posibilitatea acordării de servicii medicale de către medici cu specialitatea pediatrie unor persoane cu vârsta de peste 18 ani, care, datorită afecțiunilor de care suferă, au dezvoltarea psihosomatică caracteristică persoanelor cu vârsta de sub 18 ani sau unor persoane care, deși au împlinit vârsta de 18 ani, solicită continuarea tratării și monitorizării în secțiile de pediatrie a afecțiunii de care suferă din copilărie (pentru că nu există medic specialist în localitatea lor de domiciliu care să poată acorda serviciile medicale corespunzătoare pentru o boală rară, de exemplu) - posibilitatea acordării de servicii medicale de către medici care își desfășoară activitatea în secții de adulți unor copii cu vârstă mai mare sau egală cu 16 ani (de exemplu, un copil de 16 ani care necesită o intervenție chirurgicală la nivelul cordului care, datorită dezvoltării sale psihosomatice caracteristică persoanelor cu vârsta de peste 18 ani, nu se poate realiza decât într-o secție de chirurgie cardiovasculară adulți). Prin adresa nr. 6143/04.07.2024, Colegiul Medicilor din România consideră că sunt necesare modificări în normele legale în privința conținutului curriculumului de pregătire în aceste specialități în sensul reglementării posibilității de a acorda îngrijiri și copiilor, adolescenților și adulților tineri în situații generale sau speciale, după caz, în concordanță cu obiectivele UEMS de formare a specialiștilor în domeniul îngrijirii adolescenților și adulților tineri, pentru a oferi, pe lângă cadrul profesional și cadrul legal de exercitare a profesiei. De asemenea, CMR consideră necesară modificarea Legii nr. 95/2006 privind organizarea și funcționarea spitalelor.
6.3 Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale
6.4 Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative
6.5 Informații privind avizarea de către:
a) Consiliul Legislativ : Proiectul de act normativ a fost avizat de Consiliul Legislativ prin avizul nr. 922/2024.
b) Secretariatul General al Guvernului : este necesar avizul de oportunitate
c) Consiliul Suprem de Apărare a Țării : nu e cazul



d) Consiliul Economic și Social : nu e cazul	
e) Consiliul Concurenței nu e cazul : nu e cazul	
f) Curtea de Conturi : nu e cazul	
6.6 Alte informații: Cu privire la avizarea proiectului de act normativ de către Consiliul Economic și Social facem precizarea că prin acest proiect nu se crează drepturi noi în cadrul unor politici în domeniul sănătății, astfel încât nu este necesar avizul CES, prin raportare la dispozițiile Legii nr. 248/2013, republicată. Prin actele normative de nivel primar aflate în vigoare, la care se face referire în proiectul de act normativ, deja au fost implementate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate politicile în sănătate, iar proiectul de „act normativ asigură continuitate în acordarea asistenței medicale și tratamentului necesar persoanelor asigurate corespunzător stării de sănătate a populației.	
Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ	
7.1 Informarea societății civile cu privire la elaborarea proiectului de act normativ Proiectul de act normativ a fost postat pe site-ul Ministerului Sănătății, la rubrica ”Transparență decizională” în data de 2 septembrie 2024, în aplicarea prevederilor Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată, cu modificările și completările ulterioare. În cazul prezentului act normativ sunt incidente prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr. 52/2003, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Urgența aprobării actului normativ rezidă din faptul că toate serviciile paliative care sunt parte a Programului național de îngrijiri paliative trebuie să fie implementate în trimestrul IV al anului 2024, astfel încât până la această dată este necesară elaborarea actelor normative subsecvente, precum și implementarea acestor modificări în aplicațiile informatice utilizate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și furnizorii de astfel de servicii.	
7.2 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.	
Secțiunea a 8-a Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea proiectului de act normativ	
8.1 Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ	
8.2 Alte informații.	



Fată de cele prezentate, a fost elaborat proiectul de Lege privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative cu impact în domeniul sănătății, pe care îl supunem Parlamentului spre adoptare.

PRIM-MINISTRU

ION-MARCEL CIOIACU

