



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul 188 (XXXII) — Nr. 467

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Marți, 2 iunie 2020

### SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
D E C R E T E		
283.	— Decret privind eliberarea din funcție a unui procuror ....	2
H O T Ă R Ă R I A L E G U V E R N U L U I R O M Ȃ N I E I		
433.	— Hotărâre pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2.....	2–3
438.	— Hotărâre privind completarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2.....	4–7

# DECRETE

## PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

### DECRET

#### privind eliberarea din funcție a unui procuror

În temeiul prevederilor art. 94 lit. c), art. 100 alin. (1) și ale art. 134 alin. (1) din Constituția României, republicată, ale art. 65 alin. (1) lit. b) și alin. (2) din Legea nr. 303/2004 privind statutul judecătorilor și procurorilor, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale art. 40 alin. (2) lit. d) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

având în vedere Hotărârea Secției pentru procurori a Consiliului Superior al Magistraturii nr. 456/2020,

**Președintele României** d e c r e t e a z ă:

Articol unic. — La data de 3 iunie 2020, doamna Gabriela Drăgan, procuror în cadrul Parchetului de pe lângă Judecătoria Lugoj, se eliberează din funcție ca urmare a pensionării.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI  
KLAUS-WERNER IOHANNIS

București, 2 iunie 2020.  
Nr. 283.

---

# HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRÂRE

#### pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2

Având în vedere prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, cu modificările ulterioare,

în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

**Art. I.** — Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 222 din 31 martie 2017, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. **La articolul 7 alineatul (9), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„b) să fie autorizate și să facă dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare;”.

2. **La articolul 7, după alineatul (9) se introduce un nou alineat, alineatul (9<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:**

„(9<sup>1</sup>) Documentele prin care se face dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, prevăzute la

alin. (9) lit. b) se transmit/se depun la casele de asigurări de sănătate până cel târziu la data de 15 iunie 2020.”

**Art. II.** — În contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, în vederea aplicării dispozițiilor art. 10 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, cu modificările ulterioare, până la data de 30 septembrie 2020 se implementează următoarele măsuri:

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

b) pentru serviciile medicale și materialele sanitare specifice înregistrate/eliberate off-line din cadrul programelor naționale de sănătate curative nu este obligatorie transmiterea în termen de 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării acestora, în Platforma informatică a asigurărilor de sănătate;

c) pentru situațiile prevăzute la lit. a) și b) nu se aplică reglementările privind validarea și decontarea serviciilor, prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare, respectiv transmiterea acestora în PIAS în termen de 3 zile lucrătoare, precum și cele privind sancțiunile aplicabile, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare;

d) măsurile prevăzute la lit. a)–c) — pentru unitățile sanitare cu paturi, furnizorii de servicii medicale paraclinice, furnizorii de medicamente, furnizorii de servicii de radioterapie și furnizorii de servicii de dializă se aplică până la data de 30 iunie 2020.”

**Art. III.** — Până la data de 30 septembrie 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, medicul de familie poate emite prescripție medicală, în continuare, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor naționale de sănătate curative cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise bolnavilor de către medicul specialist — scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, care până la data instituirii stării de urgență erau prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul

programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

**Art. IV.** — (1) Unitățile de specialitate care au preluat în evidență, pe perioada stării de urgență, respectiv, după încetarea stării de urgență, bolnavi din programele naționale de sănătate curative derulate prin unități sanitare cu paturi care au acordat și acordă servicii medicale pacienților diagnosticați cu COVID-19 pot derula programe naționale de sănătate curative până la data de 30 iunie 2020, fără a fi necesară nominalizarea acestora în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.

(2) Începând cu data de 1 iulie 2020, unitățile prevăzute la alin. (1) pot derula în continuare programe naționale de sănătate curative în condițiile respectării metodologiei de selecție a unităților de specialitate prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.

**Art. V.** — Până la data de 30 iunie 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru unitățile de specialitate care acordă servicii de dializă în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, casele de asigurări de sănătate decontează toate serviciile de dializă efectiv realizate, cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut la nivel național.

PRIM-MINISTRU  
**LUDOVIC ORBAN**

Contrasemnează:  
Viceprim-ministru,  
**Raluca Turcan**  
Ministrul sănătății,  
**Nelu Tătaru**  
Ministrul finanțelor publice,  
**Vasile-Florin Cițu**

## GUVERNUL ROMÂNIEI

## HOTĂRÂRE

**privind completarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2**

Având în vedere prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, cu modificările ulterioare,

în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

**Articol unic.** — Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările ulterioare, se completează după cum urmează:

**1. După articolul 191 se introduce un nou articol, articolul 191<sup>1</sup>, cu următorul cuprins:**

„Art. 191<sup>1</sup>. — (1) Categoriile de furnizori care trebuie să facă dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, potrivit prevederilor art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare, și cele ale art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt:

a) furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară — cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare — cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) furnizorii de servicii de medicină dentară — cu excepția cabinetelor medicale care sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

d) furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie — imagistică medicală și medicină nucleară;

e) unitățile sanitare cu paturi, inclusiv sanatoriile și preventoriile;

f) unitățile specializate private care furnizează consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat;

g) furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

h) furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;

i) furnizorii care fabrică dispozitive medicale la comandă, precum și pentru furnizorii care desfășoară atât activitate de comercializare a dispozitivelor medicale, cât și de fabricare a dispozitivelor medicale la comandă.

(2) Documentele prin care se face dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare se transmit/se depun la casele de asigurări de sănătate până la cel târziu la data de 15 iunie 2020.”

**2. După capitolul XIII „Dispoziții finale” se introduce un nou capitol, capitolul XIV „Dispoziții aplicabile până la data de 30 septembrie 2020 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2”, conținând articolele 213—227, cu următorul cuprins:**

## „CAPITOLUL XIV

**Dispoziții aplicabile până la data de 30 septembrie 2020 în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2**

Art. 213. — Din bugetul Fondului național unic al asigurărilor sociale de sănătate se suportă serviciile medicale și medicamentele necesare pentru tratarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 și a complicațiilor acestora acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum și altor persoane aflate pe teritoriul României.

Art. 214. — (1) Serviciile medicale, serviciile de îngrijiri la domiciliu, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia prevăzute la art. 223 alin. (1)—(12) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru serviciile medicale și serviciile de îngrijiri la domiciliu, precum și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive destinate recuperării unor deficiențe

organice sau funcționale în ambulatoriu, înregistrate/eliberate off-line, nu este obligatorie transmiterea în termen de 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării acestora, în Platforma informatică a asigurărilor de sănătate, denumită în continuare *PIAS*.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) și (2) nu se aplică reglementările privind validarea și decontarea serviciilor, precum și cele privind sancțiunile aplicabile, prevăzute de prezenta hotărâre.

Art. 215. — Contractele/Actele adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă.

Art. 216. — (1) Numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de maximum 8 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

(2) Numărul maxim de consultații ce poate fi raportat pe zi la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin raportare la programul la cabinet al medicilor și la numărul maxim de 8 consultații/oră/medic prevăzut la alin. (1).

(3) Consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate atât de medicii de familie, cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră.

(4) Serviciile de sănătate conexe actului medical furnizate de psiholog și logoped prevăzute în pachetul de servicii de bază din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pot fi acordate și la distanță — prin mijloace de comunicare la distanță.

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

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

(7) Consultațiile la distanță prevăzute la alin. (3) se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet prevăzute în pachetele de servicii.

(8) Consultațiile prevăzute la alin. (5), inclusiv cele la distanță se asimilează consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

(9) Serviciile medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, precum și cele de îngrijiri paliative în ambulatoriu se acordă fără a mai fi necesară prezentarea biletului de trimitere.

Art. 217. — (1) Medicii de familie, ca urmare a unei consultații, ce poate fi acordată și la distanță, prin care apreciază menținerea beneficiului terapeutic al schemei stabile de tratament la pacienții cu boli cronice, eliberează prescripție medicală în continuare, fără a mai fi necesară o nouă reevaluare a medicului specialist, respectiv fără a mai fi necesară reînnoirea scrisorii medicale inițiale. Medicul de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu \* din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

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

(3) Pentru medicamentele notate cu (\*\*), (\*\*1), (\*\*1Ω) și (\*\*1β) în Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, prescrierea se realizează potrivit Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare.

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

Art. 218. — Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi conform prezentei hotărâri și a normelor metodologice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare, cu modificarea prevederilor după cum urmează:

a) pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile estimate aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate;

b) pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, altele decât cele prevăzute la lit. a), suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităților sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital;

c) pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare de zi, suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative.

Art. 219. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 activitatea desfășurată lunar până la data de 30 septembrie, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de virusul SARS-CoV-2.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, altele decât cele prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate decontează activitatea desfășurată lunar până la data de 30 septembrie, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital.

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni cronice se aplică prevederile alin. (1) lit. a) și b).

(4) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă prevăzute la alin. (1) și (2), cărora le sunt aplicabile prevederile alin. (1) lit. c) și d), respectiv alin. (2) lit. c), se încheie acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(5) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face potrivit prevederilor alin. (1)—(3) și (7), fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III.

(6) Pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea sumelor contractate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se realizează la nivelul activității efectiv realizate — până la data de 30 septembrie, în condițiile în care acesta depășește nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(7) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale în regim de spitalizare continuă și de zi, decontarea activității lunii mai se face potrivit reglementărilor aplicabile stării de urgență, respectiv perioadei următoare încetării stării de urgență, proporțional cu numărul de zile din lună aferent fiecărei reglementări legale.

Art. 220. — Decontarea lunară din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate — pentru activitatea realizată până la data de 30 septembrie, pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face la nivelul indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate, sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III.

Art. 221. — Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate se pot suplimenta pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital — pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice.

Art. 222. — Pentru unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care serviciile realizate depășesc nivelul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile.

Art. 223. — Pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile acordate la nivelul realizat, pe bază de documente justificative, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv cele de îngrijiri paliative la domiciliu.

Art. 224. — Valabilitatea deciziilor de evaluare a furnizorilor aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se menține pentru o perioadă de 90 de zile de la încetarea stării de

urgență în situația în care aceasta încetează în această perioadă.

Art. 225. — Pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală/dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților.

Art. 226. — (1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unități sanitare cu paturi până la data de 30 septembrie, recuperarea cheltuielilor se face la nivelul tarifelor aferente serviciilor medicale sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat.

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 219 alin. (1)—(3) — cărora le sunt aplicabile, după caz, reglementările art. 219 alin. (1) lit. b) și d), respectiv ale art. 219 alin. (2) lit. b), au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

Art. 227. — Măsurile prevăzute la art. 213 și art. 215—225 sunt aplicabile până la data de 30 septembrie 2020, cu excepția măsurii prevăzute la art. 214 alin. (1) care se aplică până la data de 30 iunie 2020 numai pentru unitățile sanitare cu paturi, furnizorii de servicii stomatologice, furnizorii de investigații paraclinice, furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, furnizorii de medicamente.”

PRIM-MINISTRU  
**LUDOVIC ORBAN**

Contrasemnează:

Viceprim-ministru,

**Raluca Turcan**

Ministrul sănătății,

**Nelu Tătaru**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

**Adela Cojan**

Ministrul finanțelor publice,

**Vasile-Florin Cițu**

# ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE PE SUPORT FIZIC

## — Prețuri pentru anul 2020 —

Nr. crt.	Denumirea publicației	Valoare (TVA 5% inclus) — lei		
		12 luni	3 luni	1 lună
1.	Monitorul Oficial, Partea I	1.310	360	131
2.	Monitorul Oficial, Partea I, limba maghiară	1.640		150
3.	Monitorul Oficial, Partea a II-a	2.460		220
4.	Monitorul Oficial, Partea a III-a	470		50
5.	Monitorul Oficial, Partea a IV-a	1.880		170
6.	Monitorul Oficial, Partea a VI-a	1.750		160
7.	Monitorul Oficial, Partea a VII-a	600		55
8.	Colecția Legislația României	500	130	
9.	Colecția Hotărâri ale Guvernului României	800		75

NOTĂ:

Monitorul Oficial, Partea I bis, se multiplică și se achiziționează pe bază de comandă.

# ABONAMENTE LA PRODUSELE ÎN FORMAT ELECTRONIC

## — Prețuri pentru anul 2020 —

Produs	Abonamentul FLEXIBIL (Monitorul Oficial, Partea I + alte 3 părți ale Monitorului Oficial, la alegere)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	60	150	380	910	2.000	550	1.380	3.450	8.280	18.220
ExpertMO	100	250	630	1.510	3.320	1.000	2.500	6.250	15.000	33.000

Produs	Abonamentul COMPLET (Monitorul Oficial, Partea I + toate celelalte părți ale Monitorului Oficial)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	70	180	450	1.080	2.380	650	1.630	4.080	9.790	21.540
ExpertMO	120	300	750	1.800	3.960	1.200	3.000	7.500	18.000	39.600

Colecția Monitorul Oficial în format electronic, oricare dintre părțile acestuia	70 lei/an
--	-----------

Prețurile sunt exprimate în lei și conțin TVA.

Mai multe informații puteți găsi pe site-ul [www.expert-monitor.ro](http://www.expert-monitor.ro), unde puteți aplica online comanda.

**EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR**



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,  
 IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
 și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare)  
 Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: [marketing@ramo.ro](mailto:marketing@ramo.ro), internet: [www.monitoruloficial.ro](http://www.monitoruloficial.ro)  
 Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.73, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72  
 Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

