



## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRÂRE

**pentru completarea Capitolului XIV din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.**

### ARTICOL UNIC

Capitolul XIV - Dispoziții aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2 din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din 28 iunie 2021, se completează după cum urmează:

1. După alineatul (2) al articolului 217 se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:  
„(3) Efectuarea investigațiilor paraclinice necesare pacienților, în vederea monitorizării afecțiunilor prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.”

2. După articolul 219, se introduc două noi articole, art. 219<sup>1</sup> – 219<sup>2</sup>, cu următorul cuprins:  
„Art. 219<sup>1</sup> (1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale acordate în centrele de evaluare organizate de unitățile sanitare cu paturi și avizate de direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București.

(2) În centrele de evaluare se acordă servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru persoanele care îndeplinesc condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de către Institutul Național de Sănătate Publică, de către unitățile sanitare, precum și de către serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București - Ilfov și de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare

cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești și decontate prin tarif pe serviciu medical-caz, exprimat în lei. Tipul serviciilor medicale-caz și tarifele aferente acestora se stabilesc prin norme.

(3) Contractarea și decontarea activității desfășurate în cadrul centrelor de evaluare se realizează în baza actelor adiționale ce se încheie între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi care au organizate și avizate centre de evaluare.

(4) În vederea contractării cu casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale acordate în centrele de evaluare, unitățile sanitare cu paturi vor transmite caselor de asigurări de sănătate următoarele documente asumate prin semnătură electronică extinsă calificată a reprezentantului legal:

a) cererea prin care solicită contractarea serviciilor medicale ce se acordă în cadrul centrului de evaluare;

b) documentul eliberat de direcția de sănătate publică privind înființarea centrului de evaluare, care atestă îndeplinirea condițiilor de funcționare a centrului de evaluare

c) lista personalului care își desfășoară activitatea în cadrul centrului de evaluare și programul de activitate al centrului; în situația în care după încheierea actelor adiționale prevăzute la alin. (3) lista personalului și/sau programul centrului de evaluare se modifică, reprezentantul legal al unității sanitare anunță casa de asigurări de sănătate despre aceste situații cel târziu în ziua producerii modificării.

**Art. 219<sup>2</sup>** (1) Serviciile medicale acordate în centrele de evaluare se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României, care îndeplinesc condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.513/2020, cu modificările și completările ulterioare, fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere, pe baza confirmării infecției printr-un test antigen rapid sau test NAAT/RT-PCR identificat în platforma Corona Forms la momentul prezentării în centrul de evaluare.

(2) Serviciile prevăzute la alin.(1) se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor medicale cu paturi acordate în regim de spitalizare de zi, din pachetele de servicii, inclusiv în ceea ce privește prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate și respectarea termenelor de transmitere în PIAS a serviciilor realizate.

(3) Serviciile medicale acordate în centrele de evaluare se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii aferente tipului de serviciu medical-caz, prevăzute în norme.

(4) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate de un furnizor, pentru serviciile medicale acordate în centrele de evaluare, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical-caz, se determină prin înmulțirea numărului de cazuri negociat și contractat pe tipuri de servicii medicale cu tariful aferent acestora. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(5) Decontarea lunară a serviciilor medicale în centrele de evaluare se face pe baza numărului de servicii medicale-cazuri și a tarifului pe serviciu medical-caz, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate. Trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme.

(6) Validarea serviciilor medicale-caz în regim de spitalizare de zi în vederea decontării, se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile spitalizării de zi, cu încadrarea în valoarea de contract pentru spitalizarea de zi sau după caz, în suma contractată pentru serviciile medicale-caz aferentă centrului de evaluare în cazul în care unitatea sanitară cu paturi nu are încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare de zi, având în vedere și confirmarea serviciilor medicale-caz din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în

Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile prevăzute în norme.”

**PRIM-MINISTRU**

**Nicolae - Ionel CIUCĂ**