

## **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**

### **Art. 213**

(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 5 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 5 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 5 consultații/oră.

(4) 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 5 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României.

(5) 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 vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

(6) 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, prevăzute în prezenta hotărâre și normele metodologice de aplicare a acesteia.

(7) Consultațiile prevăzute la alin. (4), 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.

### **Art. 214**

(1) 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 normelor metodologice de aplicare a acesteia.

(2) 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, 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.

(3) Pentru situațiile prevăzute la art. 215 alin. (2) și (3), pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în ordin al ministrului sănătății, 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 aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

#### **Art. 215**

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute activitatea desfășurată lunar, 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.

(2) În cazul creșterii numărului de cazuri COVID-19, care necesită internarea în unitățile sanitare care tratează pacienți diagnosticați cu COVID-19, casele de asigurări de sănătate pot deconta unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în ordin al ministrului sănătății, activitatea desfășurată lunar, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2.

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 în cursul unui trimestru și care nu au încheiat în fiecare lună a respectivului trimestru acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în trimestrul următor decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, pe bază de documente justificative, prin încheiere de acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (2) și (3), Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local și/sau național, după caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial.

(5) 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).

(6) 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), respectiv alin. (2), se încheie acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(7) 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), fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.

#### **Art. 216**

(1) Unitățile sanitare cu paturi raportează lunar și trimestrial datele aferente cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate la casele de asigurări de sănătate și la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

(2) Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București are obligația transmiterii lunar și trimestrial a datelor/informațiilor de confirmare clinică și medicală a activității unităților sanitare cu paturi, la termenele și potrivit reglementărilor Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea.

#### **Art. 217**

(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice.

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

#### **Art. 218**

Din bugetul Fondului național unic de asigurări 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. 219**

(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, 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. 215 alin. (1)-(3), cărora le sunt aplicabile, după caz, reglementările art. 215 alin. (1) lit. b), respectiv alin. (2) și (3), 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. 220**

Măsurile prevăzute în prezentul capitol sunt aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă, declarată potrivit legii.