



GUVERNUL ROMÂNIEI

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ

pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Luând în considerare situația excepțională cauzată de necesitatea punerii în concordanță a dispozițiilor din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu dispozițiile Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la modalitatea de dobândire/încetare a calității de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate de către persoanele care realizează unele venituri prevăzute de Codul fiscal,

ținând cont de faptul că persoanele care realizează venituri asupra cărora se datorează sau optează să plătească contribuția de asigurări sociale de sănătate, potrivit Codului fiscal dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarațiilor fiscale,

având în vedere faptul că pentru persoanele care realizează venituri asupra cărora datorează sau optează să plătească contribuția de asigurări sociale de sănătate, care depun declarația unică prevăzută de Codul fiscal, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră perioada pentru care au depus declarația unică reglementată de

Codul fiscal, respectiv data de 31 decembrie a aceluiași an, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare,

se impune intervenția legislativă de urgență, astfel încât pentru persoanele care realizează venituri asupra cărora datorează sau optează să plătească contribuția de asigurări sociale de sănătate, precum și pentru persoanele care realizează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din activități independente în baza contractelor de activitate sportivă, din arendă, din asocieri cu persoane juridice contribuabili, pentru care contribuția se reține prin stopaj la sursă, calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate să fie cuprinsă între două termene succesive de depunere a declarațiilor fiscale,

întrucât în lipsa unei astfel de reglementări, începând cu data de 1 ianuarie 2019 și până la noul termen de depunere al declarațiilor, 15 martie 2019 persoanele mai sus menționate nu mai pot face, în acest interval, dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate,

în considerarea faptului că în lipsa acestor reglementări, acestor persoane nu li se vor aplica în mod unitar ca și celorlalți asigurați prevederile incidente, astfel încât să poată beneficia de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

întrucât în lipsa luării unor astfel de măsuri, cei afectați sunt persoane asigurate prin efectul legii, având în vedere că după depunerea declarațiilor unice, contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceste persoane se va plăti pentru întreg anul 2019,

în considerarea faptului că statul are obligația respectării Constituției, ca și garant al dreptului la ocrotirea sănătății și trebuie, prin Ministerul Sănătății, să ia măsuri pentru ocrotirea sănătății publice,

Pentru a asigura acces neîntrerupt la medicamente a categoriilor de persoane prevăzute în legi speciale, indiferent dacă acestea realizează sau nu alte venituri decât drepturile bănești acordate de aceste legi, având în vedere faptul că este necesară asigurarea aceleiași medicații pentru tratarea afecțiunilor,

în condițiile în care, potrivit reglementărilor actuale, contractele de furnizare de servicii medicale se încheie de casele de asigurări de sănătate numai cu unități sanitare autorizate și acreditate sau, după caz, înscrise în procesul de acreditare și având în vedere că în prezent nu sunt acreditate sau înscrise în procesul de acreditare toate unitățile sanitare,

având în vedere că începând cu data de 1 ianuarie 2019, în lipsa modificărilor aduse prin prezentul act normativ ar rezulta o diminuare majoră a numărului unităților sanitare care acordă asistență medicală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și implicit o restricționare a accesului pacienților la serviciile medicale acordate de către unitățile sanitare care nu sunt acreditate/înscrise în procesul de acreditare,

ținând cont că prin acest demers, Ministerul Sănătății ia toate măsurile necesare astfel încât să existe continuitate în acordarea serviciilor medicale pentru persoanele asigurate,

întrucât neadoptarea de măsuri imediate, prin ordonanță de urgență, ar conduce la reale dificultăți în ceea ce privește o funcționare optimă a unităților sanitare, cu consecințe serioase în ceea ce privește utilizarea eficientă a fondurilor publice și furnizarea unei asistențe medicale de calitate pacienților,

având în vedere situația excepțională cauzată de un număr mare de furnizori de servicii medicale neacreditați, pentru a se preîntâmpina blocaje în furnizarea serviciilor medicale către populație, se impune instituirea posibilității încheierii în anul 2019 a procesului de acreditare a acestora și, implicit, încheierii contractelor în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în condițiile legii,

astfel încât se impune reglementarea de urgență și pentru anul 2019 a unei măsuri tranzitorii, prin instituirea posibilității încheierii în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, de către casele de asigurări de sănătate a contractelor de furnizare de servicii medicale cu unitățile sanitare autorizate și evaluate, potrivit legii,

întrucât în situația neadoptării de urgență a acestei măsuri, începând cu data de 1 ianuarie 2019 s-ar limita accesul asiguraților la servicii medicale și medicamente în

unele zone în care nu există alte alternative de acordare a asistenței medicale și/sau nu ar mai putea fi asigurat accesul neîntrerupt al asiguraților la servicii medicale și medicamente;

este necesară reglementarea urgentă a unui mecanism de contractare și decontare din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a medicamentelor, serviciilor medicale și investigațiilor paraclinice eliberate de medicii de specialitate care nu au încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte de furnizare de servicii medicale, pentru a se asigura astfel utilizarea în mod eficient a fondurilor

pentru a evita apariția aplicării în mod discriminatoriu a acestor prevederi, se impune armonizarea legislației incidente în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, astfel încât să existe o normă unitară în ceea ce privește specialitățile care fac obiectul biletelor de trimitere, respectiv în conformitate cu Nomenclatorul specialităților medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală,

în caz contrar nefiind asigurat un cadru unitar de încheiere și derulare a contractelor cu medicii specialiști, alții decât cei care furnizează servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru eliberare de bilete de trimitere pentru consultații și investigații paraclinice gratuite, respectiv rețete gratuite sau compensate,

ceea ce ar conduce la discrepanțe majore în acordarea serviciilor medicale către persoanele asigurate, care au dreptul la același pachet de servicii de bază,

ținând cont de faptul că neadoptarea acestui act normativ ar avea consecințe directe asupra sănătății și vieții asiguraților, prin neasigurarea accesului în timp util la serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații,

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

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

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

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

1. Alineatul (3) al articolului 222 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Persoanele prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarației, prevăzută la art. 147 alin. (1) sau 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, după caz.”

2. Alineatul (2) al articolului 244 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Valoarea medicamentelor prevăzute la art. 242 alin. (1), prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute în actele normative de la art. 224 alin. (1) lit. d) și e), se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru și ale normelor sale de aplicare.”

3. După alineatul (5) al articolului 249, se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:

„(6) Prin excepție de la prevederile alin. (3) și prin derogare de la prevederile art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, în anul 2019, în sistemul de asigurări sociale de sănătate se încheie contracte cu unități sanitare autorizate și evaluate în condițiile legii.”

4. Alineatul (2²) al articolului 267 se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2²) Pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră termenul legal de depunere al declarației prevăzută la 174 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare.”

5. Alineatul (5) al articolului 386, se modifică și are următorul cuprins:

„(5) În vederea exercitării dreptului de liberă practică, casele de asigurări de sănătate încheie un contract cu medicul specialist într-o specialitate clinică prevăzut la alin. (1) lit. b), 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, elaborată în termen de 3 luni de la data aprobării bugetului de stat

pe anul 2019.”

PRIM – MINISTRU



VIORICA DĂNCILĂ

Contrasemnează:

Ministrul sănătății
Sorina Pintea

Ministrul finanțelor publice
Eugen Orlando Teodorovici

București, 13.12.2018
Nr. 109