

## EXPUNERE DE MOTIVE

### Secțiunea 1

#### Titlul actului normativ

**LEGE pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi 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, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr.266/2008**

### Secțiunea a 2-a

#### Motivul emiterii actului normativ

Prezentul proiect de act normativ reglementează măsurile aplicabile în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în scopul limitării răspândirii infecției cu noul coronavirus SARS-CoV-2 în rândul populației, determinat de evoluția situației epidemiologice la nivel național, pentru acordarea și decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, inclusiv a activităților cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate, urmărind realizarea echilibrului financiar, începând cu trimestrul II al anului 2021.

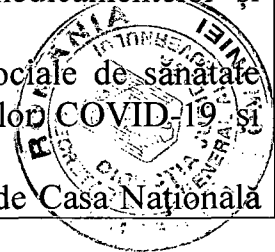
#### 1. Descrierea situației actuale

**a) În ceea ce privește măsurile din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2**

În contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2 și a măsurilor care au avut impact pozitiv în limitarea răspândirii acestuia și care au vizat acțiuni în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, prin 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, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, cu completările ulterioare, au fost implementate o serie de măsuri în domeniul sănătății, cu aplicabilitate inițial până la 30 septembrie 2020. Ulterior, aceste măsuri au fost revizuite trimestrial, iar termenul de aplicare al acestora a fost prelungit succesiv, în prezent acestea fiind aplicabile până la data de 31 martie 2021.

În acest sens, pentru a asigura continuitatea măsurilor privind limitarea răspândirii infecției cu noul coronavirus în rândul populației, pentru trimestrul I al anului 2021, au fost reglementate măsuri în ceea ce privește acordarea și decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, după cum urmează:

- acordarea și suportarea din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS) a serviciilor medicale și medicamentelor pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora pentru toate persoanele aflate pe teritoriul României;
- contractarea de către casele de asigurări de sănătate a întregii sume alocate de Casa Națională



de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială;

Această măsură a avut în vedere asigurarea resurselor financiare necesare spitalelor încă de la începutul fiecărei luni/trimestru, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative, precum și la tratamentul necesar.

Menționăm faptul că pentru realizarea unui control al costurilor în unitățile sanitare cu paturi și pentru asigurarea unui acces neîntrerupt al asiguraților la servicii medicale spitalicești în unitățile sanitare cu paturi, care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, în trimestrul I al anului 2021, decontarea din bugetul FNUASS se realizează la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, dar valoarea creditelor de angajament în baza cărora se încheie acte adiționale de suplimentare pentru acoperirea cheltuielilor efectiv realizate nu poate fi mai mare decât valoarea cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul IV al anului 2020.

- decontarea serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic la nivelul activității efectiv realizate, dar nu mai mult de 8 consultații/oră/medic;

- consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare;

- posibilitatea ca medicii de familie să prescrie pentru pacienții cronici medicamente restricționate 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;

- decontarea la nivelul realizat a serviciilor acordate de 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 acestea depășesc nivelul contractat;

- posibilitatea suplimentării sumelor contractate cu casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital, precum și pentru pacienții diagnosticați cu unele boli cronice cu impact major asupra stării de sănătate a pacienților;

- decontarea la nivelul realizat a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, în condițiile în care acestea depășesc nivelul contractat;

- decontarea serviciilor medicale acordate de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, 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 trimestrului I-2021;

- menținerea până la data de 31 martie 2021 a valabilității biletelor de trimitere pentru specialități clinice, inclusiv cele pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, biletelor de trimitere pentru specialități paraclinice, recomandărilor medicale pentru dispozitive medicale tehnologice și

dispozitive asistive, precum și a deciziilor de aprobare pentru procurarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, al căror termen de valabilitate expiră până la data de 31 martie 2021.

- pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, inclusiv dacă a fost depășit nivelul contractat.

Această măsură a fost menținută pentru a limita, pe cât posibil, deplasarea la furnizori și la casele de asigurări de sănătate a asiguraților care au nevoie de astfel de documente în vederea accesării serviciilor medicale necesare, precum și pentru a asigura distanțarea socială și implicit siguranța pacienților.

În consecință, având în vedere că în prezent se află în derulare campania de vaccinare împotriva COVID-19, care are ca obiectiv limitarea pandemiei COVID-19 în România, precum și faptul că actualele măsuri prevăzute a se aplica în perioada stării de alertă în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt aplicabile până la data de 31 martie 2021, se impune reglementarea de urgență a unor măsuri prin care să se asigure tranziția spre o situație similară celei anterioare contextului pandemic, care să aibă ca obiectiv limitarea răspândirii infecției cu noul coronavirus în rândul populației.

Ordinul ministrului sănătății nr. 555/2020 privind aprobarea Planului de măsuri pentru pregătirea spitalelor în contextul epidemiei de coronavirus COVID-19, a Listei spitalelor care asigură asistența medicală pacienților testați pozitiv cu virusul SARS-CoV-2 în faza I și în faza a II-a și a Listei cu spitalele de suport pentru pacienții testați pozitiv sau suspecti cu virusul SARS-CoV-2 a fost modificat prin introducerea de unități sanitare noi în data de 13 noiembrie 2020, 27 noiembrie 2020, 16 decembrie 2020, 8 ianuarie 2021, 10 februarie 2021 etc.

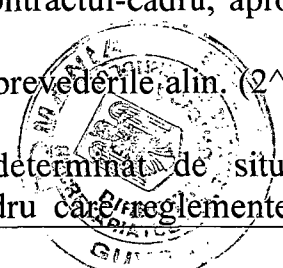
În consecință, există situații în care unitățile sanitare cu paturi sunt desemnate să acorde servicii medicale pacienților diagnosticați cu COVID-19 în cursul unei luni din cadrul unui trimestru, iar casele de asigurări de sănătate, având limitate creditele de angajament la valoarea totală a cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul anterior, nu dispun de sumele necesare contractării cheltuielilor realizate de acestea și drept urmare, cu toate că au tratat pacienți diagnosticați cu COVID-19, aceste unități nu pot fi plătite la nivelul cheltuielii efective.

#### **b) în ceea ce privește Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**

- Prin dispozițiile art. 230 alin. (2<sup>1</sup>) și (2<sup>3</sup>) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, s-a reglementat faptul că asigurații, care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic, 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. Serviciile medicale pentru care asigurații plătesc contribuție personală, modalitatea și condițiile acordării acestora, precum și procedura de stabilire a nivelului contribuției personale urmează a fi aprobate prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului.

În prezent, potrivit cadrului legal în vigoare se stabilește faptul că prevederile alin. (2<sup>1</sup>) - (2<sup>3</sup>) ale art. 230 se aplică începând cu data de 1 aprilie 2021.

Cu privire la acest aspect, menționăm că în anul 2020, determinat de situația epidemiologică existentă la nivel național, prevederile 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 au fost prelungite succesiv prin acte normative până la data de 31 martie 2021, iar acestea nu cuprind reglementări cu privire la serviciile medicale pentru care asigurații plătesc o contribuție personală la furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, pentru spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic.

În prezent se află în curs de elaborare Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, care urmează să fie supus Guvernului spre aprobare, potrivit legii, în termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2021.

În acest context, se impune stabilirea unui termen fezabil și oportun de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală, care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale, în condițiile în care aceștia optează ca serviciile să fie acordate de furnizori privați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

- CNAS este una dintre instituțiile principale care asigură implementarea și controlul aducerii la îndeplinire a prevederilor Legii nr. 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic, republicată, astfel cum aceasta a fost modificată și completată prin dispozițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 180/2020, precum și a prevederilor art. 8 alin. (1) lit. a) și f<sup>1</sup>) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 43/2020, cu modificările și completările ulterioare.

Unul dintre organele de conducere ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este Consiliul de Administrație care, potrivit art. 286 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este constituit din 7 membri, cu un mandat pe 4 ani, din care unul ocupă funcția de președine și unul ocupă funcția de vicepreședinte.

Principalul rol al consiliului de administrație, ca organ de conducere al CNAS, este de a elabora și a realiza strategia în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

Pe lângă rolul principal al Consiliului de Administrație al CNAS, potrivit atribuțiilor prevăzute atât în Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cât și în Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acesta asigură realizarea obiectului de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, având ca atribuții principale: aprobarea proiectului bugetului fondului, avizarea, în condițiile legii, a repartizării pe case de asigurări a bugetului fondului, avizarea proiectului contractului-cadru și al normelor metodologice de aplicare a acestuia și avizarea listei medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală.

În acest context, este necesară eficientizarea, asumarea și responsabilizarea actului managerial la nivelul consiliului de administrație al CNAS prin numirea a doi noi membri, raportat la activitatea sistemului de asigurări sociale de sănătate, ținând cont și de contextul epidemiologic deosebit pe care îl traversăm.

- Potrivit art. 346<sup>6</sup> alin. (7) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, datele, informațiile și procedurile operaționale necesare utilizării și funcționării DES se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, cu avizul ministerelor și instituțiilor din sistemul național de apărare, ordine publică și siguranță națională, respectiv Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției, Serviciul Român de Informații, Serviciul de Telecomunicații Speciale, Serviciul de Informații Externe, Serviciul de Protecție și Pază, în conformitate cu prevederile prezentei legi.



- Prin art. 386 alin. (5) și (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acestea au fost modificat prin OG nr. 9/2019, s-a reglementat faptul 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 contractului-cadru și a normelor metodologice, în anul 2020.

Menționăm în acest fapt că în anul 2020, determinat de situația epidemiologică existentă la nivel național, prevederile 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 au fost prelungite succesiv prin acte normative până la data de 31 martie 2021.

Totodată, în prezent se află în curs de elaborare Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, care urmează să fie supus Guvernului spre aprobare, potrivit legii.

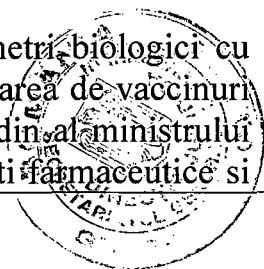
În acest context, se impune stabilirea unui termen fezabil și oportun de aplicare a prevederilor art. 386 alin. (5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

În prezent, prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, printre activitățile realizate pentru exercitarea profesiei de farmacist nu se regăsește și activitatea de măsurare a unor parametri biologici, efectuare de teste în scop de diagnostic și administrare de vaccinuri, iar în contextul actual al situației epidemiologice generate de pandemia COVID-19, se impune reglementarea de urgență a acestei situații.

În prezent spitalele din subordinea ministerelor și instituții cu rețea sanitară proprii întâmpină dificultăți în asigurarea cofinanțării pentru implementarea proiectelor finanțate din fonduri externe nerambursabile aducând grave atingeri continuității activităților și cu impact asupra calității serviciilor furnizate. Acest lucru se întâmplă ca urmare a faptului că nu există o bază legală care să permită ordonatorului principal de credite să facă virări de credite de angajament și credite bugetare între titlurile, articolele și alineatele de cheltuieli din cadrul aceluiași capitol sau de alte capitole, în cursul întregului an.

Mai mult, dat fiind impactul negativ asupra sănătății și vieții pacienților cauzat de neraportarea rezultatelor testelor rapide COVID-19 efectuate în actualul context epidemiologic și necesitatea implementării unui mecanism funcțional de monitorizare, supraveghere și control al activităților de testare rapidă antigen COVID-19 prin intermediul unităților farmaceutice, se impune modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și modificarea și completarea Legii farmaciei nr. 266/2008, pentru aplicarea eficientă a măsurilor de control de către Ministerul Sănătății.

În prezent, Legea farmaciei nr. 266/2008 prevede că „testarea unor parametri biologici cu aparatură destinată utilizării individuale de către pacienți, precum și administrarea de vaccinuri se realizează prin unitățile farmaceutice numai în condițiile prevăzute prin ordin al ministrului sănătății” însă, nu prevede printre activitățile permise a fi desfășurate în unități farmaceutice și



activitatea de testare cu dispozitive medicale în scop de diagnostic.

În conformitate cu prevederile art. 16 alin.(1) din Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică, aprobă, prin ordin al ministrului, ghiduri și protocoale de practică medicală, elaborate de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, cu consultarea societăților medicale de profil și cu avizul Colegiului Medicilor din România.

Astfel comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății în consultare cu societățile medicale de profil și cu avizul Colegiului Medicilor din România, elaborează ghiduri și protocoale de practică medicală cu rol operațional. Aceste documente orientează decizia medicală în ceea ce privește intervențiile medicale pentru diagnosticul și tratamentul bolilor iar respectarea lor garantează buna practică medicală. Ghidurile și protocoalele de practică medicală se bazează pe dovezi științifice, studii clinice și recomandări ale organizațiilor medicale internaționale. Ghidurile și protocoale de practică medicală sunt realizate de experți, medici în fiecare specialitate, medici stomatologi, farmaciști și asistenți medicali, care sunt consultați conform regulamentului de organizare și funcționare a comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății.

De asemenea, la art.386 alin.(1) se prevede că profesia de medic se exercită în România cu titlul profesional corespunzător calificării profesionale însușite, după cum urmează:

a) medic de medicină generală pentru medicii care întrunesc condițiile prevăzute la art. 64 lit. d);

b) medic specialist în una dintre specialitățile clinice sau paraclinice prevăzute de Nomenclatorul specialităților medicale, medico-dentare și farmaceutice pentru rețeaua de asistență medicală.

La art. 654 din Legea nr.95/2006 se stabilește că toate persoanele implicate în actul medical vor răspunde proporțional cu gradul de vinovăție al fiecăruia și că personalul medical nu este răspunzător pentru daunele și prejudiciile produse în exercitarea profesiei:

a) când acestea se datorează condițiilor de lucru, dotării insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament, infecțiilor nosocomiale, efectelor adverse, complicațiilor și riscurilor în general acceptate ale metodelor de investigație și tratament, viciilor ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, substanțelor medicale și sanitare folosite;

b) când acționează cu bună-credință în situații de urgență, cu respectarea competenței acordate.

## **2. Schimbări preconizate**

**a) În ceea ce privește măsurile din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2**

Potrivit dispozițiilor art. 258 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar.

Totodată, prin Hotărârea de Guvern nr. 293/2021, starea de alertă pe teritoriul României a fost prelungită cu 30 de zile, începând cu data de 14 martie 2021.

În acest context, pentru a asigura în mod neîntrerupt decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, inclusiv a activităților cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate curative și, în consecință, pentru a respecta drepturile asiguraților din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, ținând cont de evoluția epidemiei cu virusul SARS-CoV-2, determinat de necesitatea gestionării și combaterii pandemiei, prin proiectul de act

normativ se reglementează stabilirea, începând cu trimestrul II al anului 2021 a unor măsuri în sistemul de asigurări sociale de sănătate prin care să se asigure tranziția spre o situație similară celei anterioare contextului pandemic.

Prin aceste măsuri se urmărește deopotrivă asigurarea unei sustenabilități financiare a furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, pentru justificarea cheltuielilor și pentru realizarea unui control al costurilor în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative, în contextul limitării răspândirii infecției cu noul coronavirus în rândul populației, după cum urmează:

- acordarea și suportarea din bugetul FNUASS a serviciilor medicale și medicamentelor pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora pentru toate persoanele aflate pe teritoriul României;

- consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- contractarea de către casele de asigurări de sănătate a întregii sume alocate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială, 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;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de virusul SARS-COV-2, pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, pacienților diagnosticați cu COVID-19;

Această măsură are în vedere asigurarea resurselor financiare necesare spitalelor încă de la începutul fiecărei luni/trimestru, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative, precum și la tratamentul necesar.

Menționăm faptul că pentru realizarea unui control al costurilor în unitățile sanitare cu paturi și pentru asigurarea unui acces neîntrerupt al asiguraților la servicii medicale spitalicești în unitățile sanitare cu paturi, care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, în trimestrul II al anului 2021, decontarea din bugetul FNUASS se realizează la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, regula generală fiind aceea ca valoarea totală a creditelor de angajament în baza cărora casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale de suplimentare pentru acoperirea cheltuielilor efectiv realizate care depășesc nivelul contractat nu poate fi mai mare decât valoarea cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021.

Având în vedere ca tot mai multe state europene se confruntă cu valul 3 al pandemiei generat în

special de raspandirea cu rezeziune a tulpinii britanice a SARSCoV-2 mutația B.1.1.7, prezentă deja și în România, iar specialistii estimeaza ca valul 3 va afecta și țara noastră la sfarsitul lunii martie-inceputul lunii aprilie 2021, s-a introdus o noua reglementare care în situația creșterii numărului de cazuri ce necesita internarea în unitățile sanitare care trateaza pacienti diagnosticați cu COVID-19, permite Casei Nationale de Asigurari de Sanatate în baza solicitarilor fundamentate ale caselor de asigurari de sanatate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local, suplimentarea creditelor de angajament alocate inițial, astfel încât să existe cadrul legal necesar care să asigure alocarea de resurse în funcție de evoluția situației epidemiologice.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 care nu au încheiat în fiecare lună din trimestrul I 2021 acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, decontarea în trimestrul II al anului 2021 se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, pe bază de documente justificative, prin încheiere de act adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii.

Soluția vizează reglementarea situației unităților sanitare, pentru care nu se poate calcula o medie a activității desfășurate în trimestrul I al anului 2021, întrucât nu au desfășurat activitate sau nu au solicitat contractarea la nivelul cheltuielii efective deoarece nu au realizat depășiri ale sumelor inițial contractate, astfel că în trimestrul II al anului 2021, pentru aceste unități se decontează la nivelul cheltuielilor efectiv realizate.

- începând cu trimestrul II al anului 2021, serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi, se decontează în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și normele metodologice de aplicare a acestuia, prevăzute la art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- Pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, inclusiv dacă a fost depășit nivelul contractat, dar valoarea creditelor de angajament în baza cărora se încheie în trimestrul II al anului 2021 acte adiționale de suplimentare pentru acoperirea cheltuielilor efectiv realizate care depășesc nivelul contractat nu poate fi mai mare decât valoarea cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021. Începând cu semestrul II al anului 2021, pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative, decontarea lunară urmează să se realizeze la nivelul contractat, iar în ceea ce privește decontarea serviciilor de dializă și de radioterapie efectiv realizate, decontarea se va efectua în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS cu această destinație.

- decontarea, în trimestrul II al anului 2021, a serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic la nivelul activității efectiv realizate, dar nu mai mult de 6 consultații/oră/medic. Începând cu semestrul II al anului 2021, serviciile medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se decontează în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și normele metodologice de aplicare a acestuia, prevăzute la art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare;



- se menține pentru trimestrul II al anului 2021, posibilitatea ca medicii de familie să prescrie pentru pacienții cronici medicamente restricționate 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;

- decontarea, începând cu trimestrul II al anului 2021, a serviciilor acordate de 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 stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și normele metodologice de aplicare a acestuia, prevăzute la art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- posibilitatea suplimentării sumelor contractate cu casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și pentru pacienții diagnosticați cu unele boli cronice cu impact major asupra stării de sănătate a pacienților;

- decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu, în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și normele metodologice de aplicare a acestuia, prevăzute la art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, începând cu trimestrul II al anului 2021;

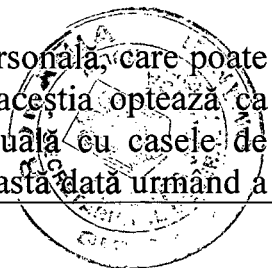
- decontarea, în trimestru II 2021 a serviciilor medicale acordate de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, care desfășoară activitate, la nivelul indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv 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 trimestrială.

Începând cu semestrul II al anului 2021, pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale care desfășoară activitate, contractarea și decontarea cu casele de asigurări de sănătate se face în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și normele metodologice de aplicare a acestuia, prevăzute la art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Deopotrivă, actul normativ vizează abrogarea expresă a unor reglementări din OUG nr. 70/2020, cu modificările și completările ulterioare, care au vizat stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății și pentru care legiuitorul nu a prevăzut un termen de aplicare, având în vedere faptul că obiectul de reglementare al acestor norme este în contradicție cu măsurile prevăzute de prezenta ordonanță de urgență.

**b) În ceea ce privește prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin proiectul de act normativ se propun următoarele:**

- prelungirea termenului de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală, care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale, 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. Se propune ca termenul să fie 01 iulie 2021, până la această dată urmând a



se stabili și a se parcurge procesul de consultare și negociere cu organizațiile profesionale, sindicale și patronale reprezentative din domeniul medical, precum și a se adopta actul normativ cu privire la serviciile medicale pentru care asigurații pot opta pentru plata unei contribuții personale, în condițiile acordării acestor servicii de către furnizorii privați.

Având în vedere faptul că pentru stabilirea tarifelor suportate din bugetul FNUASS pentru serviciile medicale acordate de furnizori este necesară adoptarea legii bugetului de stat, precum și parcurgerea întregului proces de consultare / negociere mai sus menționat, se propune ca termenul de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală să fie 1 iulie 2021.

- având în vedere necesitatea asigurării derulării în condiții de eficiență și eficacitate a activității la nivelul CNAS, ținând cont și de actualul context epidemiologic, pentru asigurarea coerenței actului managerial pe nivele de competență și responsabilitate actul normativ vizează reglementarea numirii a încă doi membri în consiliul de administrație al CNAS.

Totodată, proiectul de act normativ vizează și stabilirea unei norme tranzitorii prin care să se asigure continuitate la nivelul actului managerial până la constituirea consiliului de administrație al CNAS în conformitate cu propunerile mai sus menționate.

- reglementarea posibilității stabilirii, prin ordin al ministrului sănătății și al conducătorilor ministerelor și instituțiilor din sistemul național de apărare, ordine publică și siguranță națională, respectiv Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției, Serviciul Român de Informații, Serviciul de Informații Externe, Serviciul de Telecomunicații Speciale și Serviciul de Protecție și Pază, cu avizul CNAS, a condițiilor tehnice de securitate și condițiile de acces la datele aferente dosarului electronic de sănătate al pacientului din cadrul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Norma este necesară pentru a asigura aducerea la îndeplinire a prevederilor art. 346<sup>6</sup> din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și pentru a asigura concordanța cu prevederile tezei finale ale art. 276 (4) din același act normativ, având în vedere particularitățile sistemului apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, precum și solicitările SRI și SIE, care nu au acordat avizul pe proiectul de ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS emis în temeiul art. 346<sup>6</sup> alin. (7) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- stabilirea unui termen fezabil și oportun în care să fie elaborată hotărârea de Guvern care va avea ca obiect reglementarea condițiilor în care se încheie contracte între casele de asigurări de sănătate și medicul specialist într-o specialitate clinică, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, bilete 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.

Având în vedere faptul că pentru stabilirea tarifelor suportate din bugetul FNUASS pentru serviciile medicale acordate de furnizori este necesară adoptarea legii bugetului de stat, precum și parcurgerea întregului proces de consultare cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Stomatologi din România și Colegiul Farmaciștilor din România, se propune ca termenul de aplicare a prevederilor să fie 1 ianuarie 2022.

Totodată, prin proiectul de act normativ se reglementează modalitatea de decontare a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate de unitățile sanitare cu paturi desemnate să acorde servicii medicale pacienților diagnosticați cu COVID-19 în cursul unei luni din cadrul unui trimestru, dar pentru care a crescut adresabilitatea persoanelor

diagnosticate cu COVID-19 în trimestrul I al anului 2021 determinat de evoluția situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2 și de creșterea numărului de paturi din ATI.

Astfel, se asigură un tratament echitabil și nediscriminatoriu tuturor unităților sanitare care tratează pacienți diagnosticați cu COVID-19.

c) Totodată, proiectul de act normative vizează abrogarea expresă a prevederilor art. 25<sup>1</sup> alin. (3) și (4) și art. 25<sup>2</sup> alin. (2<sup>2</sup>) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, cu modificările și completările ulterioare, care nu au prevăzut un termen de aplicare. În consecință, se impune abrogarea expresă a acestora, având în vedere faptul că obiectul de reglementare al acestor norme este în contradicție cu măsurile prevăzute de prezentul proiect de act normative.

De asemenea, prin norma de completare a art.193 din Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se crează posibilitatea ca fondurile necesare pentru cofinanțarea proiectelor aflate în implementare sau a proiectelor noi finanțate din fonduri externe nerambursabile postaderare să fie asigurate din bugetul ordonatorului principal de credite, în cursul întregului an, prin virări de credite de angajament și credite bugetare între titlurile, articolele și alineatele de cheltuieli din cadrul aceluiași capitol sau de la alte capitole, cu încadrare în bugetul aprobat.

Luând în considerare importanța vitală a asigurării accesului pacienților la servicii farmaceutice de calitate și în acord cu noile reglementări privind testarea populației în actualul context epidemiologic al infecției cu virusul SARS COV 2 pentru a preveni riscul apariției îmbolnăvirilor, se impune adoptarea cadrului legal pentru aplicarea eficientă a măsurilor de control de către Ministerul Sănătății.

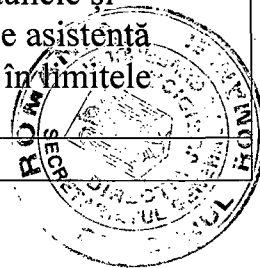
Având în vedere:

- dinamica evoluției situației epidemiologice naționale determinată de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2,
- creșterea nevoii de asistență medicală de specialitate pentru persoanele diagnosticate cu COVID-19,
- deficitul de medici din specialitățile boli infecțioase, pneumologie, anestezie-terapie intensivă care oferă asistență medicală pacienților diagnosticați cu COVID-19,
- riscul depășirii competenței profesionale prevăzută de curriculum de specialitate, și anume medici de alte specialități decât cele care dau competență în supravegherea și tratamentul COVID-19, asigură asistență medicală pentru acești bolnavi prin acte normative inferioare Legii 95/2006,
- riscul de acuzații de malpraxis pentru îngrijiri medicale sub standard, care nu sunt rezultatul neglijenței în practica medicală, ci a limitărilor de resurse umane din perioada pandemiei,

se impune adoptarea unei norme care, pe durata stării de alerta declarată în condițiile Legii nr.55/2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, medicii prevăzuți la art.386 din Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare să poată acorda asistență medicală în afara specialității, persoanelor diagnosticate cu COVID-19 în baza și în limitele protocoalelor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

În acest context și în concordanță cu dispozițiile art.354 din Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, medicii nu pot fi răspunzători pentru daunele și prejudiciile produse în exercitarea profesiei desfășurate în condițiile acordării de asistență medicală în afara specialității, persoanelor diagnosticate cu COVID-19 în baza și în limitele protocoalelor de practică medicală

## 1. Alte informații



**Secțiunea a 3-a**  
**Impactul socio-economic al actului normativ**

**1. Impactul macro-economic.**

Prezentul act normativ nu are impact macro-economic.

**1.<sup>1</sup> Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat**

Prezentul act normativ nu are impact asupra mediului concurențial și în domeniul ajutoarelor de stat.

**2. Impactul asupra mediului de afaceri.**

Prezentul act normativ nu are impact asupra mediului de afaceri.

**2.<sup>1</sup> Impactul asupra sarcinilor administrative**

Prezentul act normativ nu are impact asupra sarcinilor administrative.

**2.<sup>2</sup> Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii**

Prezentul act normativ nu are impact asupra întreprinderilor mici și mijlocii.

**3. Impactul social.**

Prezentul act normativ nu are impact asupra mediului social.

**4. Impactul asupra mediului.**

Prezentul act normativ nu are impact asupra mediului înconjurător.

**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)**

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
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						
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	
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	
7. Alte informații	
<p>În anul 2021, cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale CNAS și caselor de asigurări de sănătate (în care sunt incluse și cheltuielile de personal și indemnizațiile membrilor consiliilor de administrație), reprezintă 1,28% din total buget Fond național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile în care cota maximă prevăzută de art. 271 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este de 3%.</p> <p>Pentru anul 2021, indemnizația pentru 8 luni (lunile rămase din anul 2021, până la 31 decembrie 2021) pentru încă doi membri ai consiliului de administrație, se încadrează în procentul de 1,28% din total buget Fond național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru anul 2021 – Cheltuieli de administrare, funcționare și capital, întrucât indemnizația acestora rămâne de 1% din indemnizația președintelui CNAS.</p> <p>Încadrarea în limita cheltuielilor de personal aprobate prin legile bugetare anuale și în cota maximă de 3% prevăzută pentru cheltuieli de administrare, funcționare și capital ale CNAS se va asigura și în următorii 4 ani.</p>	
<p><b>Secțiunea a 5-a</b> <b>Efectele actului normativ asupra legislației în vigoare</b></p>	
<p>1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor actului normativ</p> <p>a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contractul-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, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 și Normele metodologice de aplicare a acestuia, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 397/836/2018</li> <li>- Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare și Normele tehnice de realizare a acesteia, aprobate prin Ordinul președintelui CNAS nr. 245/2017, cu modificările și completările ulterioare</li> <li>- Statutul CNAS, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare</li> </ul> <p>b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții: Nu este cazul.</p>	
1. <sup>1</sup> Compatibilitatea actului normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice.	Nu este cazul.



2. Conformitatea actului normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare.	Actul normativ nu transpune și nici nu implementează un act comunitar.
3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare europene.	Nu este cazul.
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene.	Nu este cazul.
5. Alte acte normative și/ sau documente internaționale din care decurg angajamente	Nu există acte și/sau documente internaționale din care decurg aranjamente.
6. Alte informații	Nu au fost identificate

**Secțiunea a 6-a**  
**Consultările efectuate în vederea elaborării actului normativ**

<b>1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate.</b> Prin adresa nr. 503/25.03.2021 a fost consultat Colegiul Medicilor din România.	
<b>2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul actului normativ.</b> Nu este cazul.	
<b>3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care actul normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr.521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative.</b> Prin adresa nr.307/08.03.2021 au fost consultate structurile asociative ale autorităților administrației publice locale.	
<b>4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente</b> Nu este cazul.	
<b>5. Informații privind avizarea de către:</b> a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi Proiectul de act normativ a fost avizat de Consiliul Legislativ prin avizul nr. 152/2021. Proiectul de act normativ a fost avizat de Consiliul Economic și Social prin avizul nr. 2583/2021.	
<b>6. Alte informații</b>	Nu au fost identificate.

**Secțiunea a 7-a**  
**Activități de informare publică privind elaborarea**  
**și implementarea actului normativ**

**1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării actului normativ.**

În cazul proiectului de act normativ sunt incidente prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată.

**2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării actului normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice.**

Actul normativ nu are impact asupra mediului înconjurător.

**3. Alte informații. Nu au fost identificate.**

**Secțiunea a 8-a**  
**Măsuri de implementare**

**1. Măsurile de punere în aplicare a actului normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente.**

Actul normativ va fi pus în aplicare de către părțile interesate, fără a fi nevoie de înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor celor deja existente.

**2. Alte informații.**

Nu au fost identificate.



Față de cele prezentate, a fost elaborat proiectul de Lege pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi 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, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008, pe care îl supunem Parlamentului spre adoptare.

ROMANIA  
PRIM-MINISTRU  
\*  
[REDACTED]  
FLORENTINA VASILE CIȚU  
GUVERNUL ROMÂNIEI

