



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL

Nr. SG 665

20.08.2025

CĂTRE,

SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DOMNULUI SECRETAR GENERAL AL GUVERNULUI
ȘTEFAN-RADU OPREA

Initiator: Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Titlul proiectului: ***Ordonanță pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății***

Vă transmitem varianta electronică a proiectului mai sus menționat în vederea înscrierii pe **agenda reuniunii pregătitoare, litera d)**.

Proiectul de act normativ/document de politici publice a fost afișat pe site-ul instituției la rubrica Transparență decizională începând cu data de 20.08.2025, în vederea consultării publice, în condițiile Legii nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, cât și a consultării preliminare interinstituțională.

Cu deosebită stimă,

SECRETAR GENERAL

GEORGETA BUMBAC



GUVERNUL ROMÂNIEI



ORDONANȚĂ **pentru modificarea și completarea unor acte normative** **și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 1 pct. VI.4 din Legea nr. 134/2025 privind abilitarea Guvernului de a emite ordonanțe,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță.

ART. I – 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. La articolul 75, alineatele (2) și (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Cabinetele de medicină de familie pot deschide cel mult două puncte secundare de lucru dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 5 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază. Punctele de lucru pot obține, la cerere, statutul de utilitate publică.

.....

(8) Prevederile alin. (2)-(7) sunt aplicabile și cabinetelor medicale cu personalitate juridică, care desfășoară activitate în conformitate cu art. 1 alin. (5) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.”

2. După articolul 140²⁰ se introduce un nou articol, art. 140²¹ cu următorul cuprins:

„Art. 140²¹. – Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se decontează serviciile medicale de spitalizare de zi, consultațiile, procedurile diagnostice și terapeutice furnizate de medici specialiști și investigațiile paraclinice din pachetele de servicii medicale reglementate prin contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia acordate prin asistența medicală mobilă de către spitalele care se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.”

3. La articolul 165, alineatul (1¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

” (1¹) Personalul didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată din instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate beneficiază de integrare clinică în unitățile și instituțiile din subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătății, în unitățile medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, în Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, în unitățile și instituțiile medicale din subordinea autorităților administrației publice locale, în spitalele și ambulatoriile universitare aflate în subordinea instituțiilor de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie, precum și în spitale și

cabinete private. De aceleași prevederi beneficiază și medicii și farmaciștii specialiști/primari care au calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată, pe perioada cât au această calitate. Posturile destinate integrării clinice se ocupă prin examen sau concurs, după caz, în cadrul unităților și instituțiilor publice. Ministerul Sănătății va aduce în concordanță structurile aferente în vederea asigurării normelor de integrare clinică.”

4. După articolul 166 se introduce un nou articol, art. 166¹ cu următorul cuprins:

„Art. 166¹. – (1) Pentru cazurile externate dintr-o unitate sanitară privată cu paturi care se reinternează într-un interval de 48 de ore de la externare, respectiv se transferă într-o unitate sanitară publică cu paturi, pentru același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru o patologie de același tip, unitatea sanitară privată are obligația de a achita unității sanitare publice contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate cu tratarea cazului reinternat, respectiv transferat, indiferent de statutul de asigurat al pacientului și indiferent dacă unitatea sanitară privată se află sau nu în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

(2) În vederea aplicării dispozițiilor referitoare la recuperarea sumelor de la unitățile sanitare private în cazurile de reinternare sau transfer potrivit alin. (1), la nivelul spitalului public se constituie prin decizia managerului spitalului o comisie de evaluare a cazurilor de reinternare/transfer din unități sanitare private, având ca atribuții analiza documentelor medicale aferente cazurilor reinternate/transferate și emiterea, dacă este cazul a unei propuneri fundamentate privind inițierea demersurilor de recuperare a sumelor. Metodologia de evaluare a cazurilor de reinternare/transfer din unități sanitare private se stabilește la nivelul fiecărei unități sanitare publice, iar concluziile evaluării sunt transmise către conducerea spitalului și către compartimentul juridic pentru inițierea, după caz, a procedurii de notificare/recuperare a creanței de la unitatea privată implicată.

(3) Furnizorii publici de servicii medicale spitalicești care acordă asistența medicală prevăzută la alin. (1) realizează o evidență distinctă a acestor cazuri și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală această evidență, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care au recuperat cheltuielile efective în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective.”

5. La articolul 170, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin.(4), cu următorul cuprins:

” (4) Unitățile sanitare cu paturi prevăzute la alin. (1) pot fi încadrate în categoria spitalelor de importanță strategică. Criteriile de încadrare în categoria spitalelor de importanță strategică precum și lista acestora se aprobă prin hotărâre a Guvernului.”

6. La articolul 172, după alineatul (7) se introduce un nou alineat, alin. (7¹), cu următorul cuprins:

”(7¹) Condițiile pentru înființarea și organizarea secțiilor spitalului public se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.”

7. La articolul 172², alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 172² - (1) Spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituții de învățământ medical superior acreditate, precum și cu alte instituții medicale acreditate, indiferent de localizarea geografică, în vederea constituirii unor consorții medicale cu personalitate juridică, conform dispozițiilor prevăzute la art. 187-204 din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în scopul derulării în comun de activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de

medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective.”

8. La articolul 176 alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(4) Managerul, persoană fizică sau juridică, încheie contract de management cu Ministerul Sănătății, ministerele sau instituțiile cu rețea sanitară proprie sau cu universitatea de medicină și farmacie, reprezentate de ministrul sănătății, conducătorul ministerului sau instituției, de rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, pe o perioadă de maximum 4 ani. Contractul de management poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. Evaluarea este efectuată pe baza indicatorilor de performanță asumați prin proiectul de management, care devine anexă la contractul de management și pe baza indicatorilor de performanță, stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili și alți indicatori specifici pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie.”

9. La articolul 176, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin.(4¹), cu următorul cuprins:

”(4¹) La încetarea mandatului, contractul de management poate fi prelungit pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a postului, respectiv licitație publică, după caz. Ministrul sănătății, ministrul de resort sau primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București sau președintele consiliului județean ori rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, numesc prin act administrativ un manager interimar până la ocuparea prin concurs a postului de manager, respectiv organizarea licitației publice, după caz.”

10. La articolul 176 alineatul (7) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(7) Modelul-cadru al contractului de management, care include cel puțin indicatorii de performanță a activității, programul de lucru și condițiile de desfășurare a activității de management, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, cu consultarea ministerelor, a instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale. Valorile optime ale indicatorilor de performanță ai activității spitalului se stabilesc și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.”

11. La articolul 181, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(5) Membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs, potrivit alin. (2), încheie cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili și alți indicatori specifici pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie. Contractul de administrare poate fi prelungit la expirarea acestuia pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. În cadrul evaluării anuale se analizează gradul de îndeplinire a indicatorilor de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății.”

12. La articolul 185, alineatele (5) (7) și (7²) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(5) La numirea în funcție, șefii de secție, de laborator și de serviciu medical vor încheia cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili și alți indicatori specifici pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie.

Contractul de administrare poate fi prelungit la expirarea acestuia pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. În cadrul evaluării anuale se analizează gradul de îndeplinire a indicatorilor de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. În cazul în care la numirea în funcție șeful de secție, de laborator sau de serviciu medical se află în stare de incompatibilitate sau conflict de interese, acesta este obligat să înlăture motivele de incompatibilitate sau de conflict de interese în termen de maximum 30 de zile de la numirea în funcție. În caz contrar, contractul de administrare este reziliat de plin drept.

.....

(7) În secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către un cadru didactic universitar medical desemnat pe bază de concurs organizat conform prevederilor alin. (9).

.....

(7²) În secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice din spitalele aparținând rețelei sanitare a Ministerului Apărării Naționale, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către un cadru militar în activitate medic, desemnat pe bază de concurs organizat conform prevederilor alin. (9).”

13. La articolul 185, alineatul (71) se abrogă.

14. La articolul 187, alineatele (6) și (10) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(6) Membrii comitetului director participă la ședințele consiliului de administrație fără drept de vot.

.....

(10) Atribuțiile principale ale consiliului de administrație sunt următoarele:

a) avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale;

b) stabilește, cu avizul ordonatorului principal de credite, tema proiectului de management, în concordanță cu nevoile unității sanitare;

c) organizează concurs pentru ocuparea funcției de manager în baza regulamentului aprobat prin ordin al ministrului sănătății, al ministrului de resort sau, după caz, prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz;

d) aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și documentele strategice aprobate de Ministerul Sănătății;

e) avizează programul anual al achizițiilor publice întocmit în condițiile legii și orice achiziție directă care depășește suma de 50.000 lei;

f) analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;

g) propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director în cazul în care constată existența situațiilor prevăzute la art. 178 alin. (1) și la art. 184 alin. (1);

h) poate propune realizarea unui audit extern asupra oricărei activități desfășurate în spital, stabilind tematica și obiectul auditului. Spitalul contractează serviciile auditorului extern în conformitate cu prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare;

i) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, în condițiile legii.”

15. Articolul 200¹ se abrogă.

16. La articolul 224, după alineatul (1⁵) se introduce un nou alineat, alin. (1⁶), cu următorul cuprins:

“(1⁶) Bolnavii înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri dintre cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de pachetul de servicii de bază prevăzut în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare ale acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecțiuni.”

17 . La articolul 261, după alineatul (1³) se introduc două noi alineate, alin. (1⁴) - (1⁵) cu următorul cuprins:

„(1⁴) În asistența medicală primară, în anul 2026, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical se distribuie în proporție de 25% pentru plata per capita și 75% pentru plata pe serviciu medical.

(1⁵) În asistența medicală primară, începând cu anul 2027, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical se distribuie în proporție de 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata pe serviciu medical.”

18. La articolul 280, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:

„(6) Începând cu data de 1 ianuarie 2027, CNAS desfășoară activități de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond și este instituția abilitată pentru colectarea și prelucrarea datelor în vederea contractării și decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, privind serviciile medicale spitalicești, furnizate asiguraților.”

19. La articolul 295, după alineatul (6) se introduce un nou alineat, alin. (6¹), cu următorul cuprins:

(6¹) Prin derogare de la prevederile art. 30 din Legea nr. 53/2003, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 31 alin. (1) din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare și ale art. 370 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, CNAS poate transforma în posturi de natură contractuală pentru aparatul propriu și al caselor de asigurări de sănătate, posturile ocupate în condițiile legii de către funcționarii publici ai căror titulari asigură funcționarea în condiții optime a sistemelor și platformelor informatice gestionate la nivelul sistemului

de asigurări sociale de sănătate, cu încadrarea în numărul de posturi și cu respectarea criteriilor și metodologiei aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

20. La articolul 295, alineatul (7) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(7) Drepturile salariale aferente funcțiilor prevăzute la alin. (4) și (6¹) se stabilesc, prin derogare de la prevederile Legii-cadru nr. 153/2017, cu modificările și completările ulterioare, în cuantum de până la de 6 ori valoarea câștigului salarial mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat, prin ordin al președintelui CNAS, la propunerea directorului general al CNAS.”

21. La articolul 298, alineatul (1¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1¹) În cazul în care la concurs nu se prezintă niciun candidat sau nu este declarat câștigător niciun candidat, precum și în situația în care mandatul directorului general încetează pentru unul dintre cazurile prevăzute la alin. (6), președintele CNAS numește prin ordin un director general interimar până la ocuparea prin concurs a postului, dar nu mai mult de 6 luni și încheie un contract de management cu acesta în condițiile alin. (1) și cu respectarea prevederilor alin. (3⁴).”

22. La articolul 298, partea introductivă a alineatului (3⁴) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3⁴) În vederea ocupării prin concurs a funcției de director general, candidatul trebuie să aibă studii universitare absolvite cu diplomă de licență sau echivalentă în domeniul fundamental Științe biologice și biomedicale - ramura de științe: medicină, medicină dentară și farmacie, științe sociale - ramura de științe: economice, juridice și administrație publică, să aibă cel puțin 5 ani vechime în specialitatea studiilor, cel puțin 2 ani activitate desfășurată în funcții de conducere și să îndeplinească una dintre următoarele condiții:”

23. Articolul 311 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 311. - (1) Sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru.

(2) În cazul în care se constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale, medicamentele sau dispozitivele medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării sau, după caz, eliberării acestora, se recuperează contravaloarea acestora și se aplică sancțiunile cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, care se stabilesc prin Contractul-cadru.”

24. Articolul 330 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 330. - (1) Perioada de valabilitate a cardului european este de 2 ani de la data emiterii.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), pentru unele categorii de asigurați, perioada de valabilitate a cardului european emis începând cu data de 1 octombrie 2025, este următoarea:

a) 10 ani de la emitere, pentru persoanele fizice care au calitatea de pensionari și care au împlinit vârsta de 65 de ani;

b) de la emitere și până la data corespunzătoare împlinirii vârstei de 18 ani, pentru copii.”

25. La articolul 381, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) În exercitarea profesiei și în limitele competenței sale, medicul are dreptul de a formula prescripții și recomandări medicale în mod autonom, întemeiate pe dovezi științifice, cu respectarea

normelor legale, a protocoalelor terapeutice și ghidurilor de practică medicală, precum și a principiilor eticii și deontologiei profesionale. Acest drept se exercită având în vedere caracterul umanitar al profesiei, obligația de respect față de ființa umană și de loialitate față de pacient, fără ca medicului să îi fie impuse îngrădiri care nu sunt fundamentate pe considerente legale, medicale și etice care ar limita posibilitatea de a acționa în interesul medical al pacientului.”

26. La articolul 381, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

”(4) În sistemul de asigurări sociale de sănătate se pot acorda și deconta numai servicii medicale, recomandări pentru dispozitive medicale și prescripții medicale cuprinse în pachetele de servicii prevăzute în contractul-cadru, precum și medicamentele prevăzute la art. 241 alin. (1).”

27. După articolul 703 se introduce un nou articol, art. 703¹, cu următorul cuprins:

”Art. 703¹ - (1) Pentru cererile care au ca obiect asigurarea gratuită sau compensată, decontarea medicamentelor sau, după caz, introducerea acestora 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, prevăzută la art. 242, nu este admisibilă procedura ordonanței președințiale, prevăzută în Legea nr. 134/2010 privind Codul de procedură civilă, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Mecanismul prin care se asigură accesul controlat al pacienților la medicamentele recomandate care nu îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. m¹) și la art. 243 alin. (3), se stabilește prin hotărâre a Guvernului, elaborată de Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România cu respectarea principiilor de eficacitate, sustenabilitate și responsabilitate partajată.

(3) Contravaloarea tratamentului cu medicamentele prevăzute la alin. (2) se suportă de către deținătorul autorizației de punere pe piață sau, după caz, producător, medicul prescriptor având obligația monitorizării pacientului, evaluării beneficiului terapeutic și raportării trimestriale a acestui rezultat. În situația obținerii unui beneficiu terapeutic suplimentar, după prima evaluare anuală, în baza unui acord de partajare a costurilor încheiat între CNAS și deținătorul de autorizație de punere pe piață a medicamentului sau, după caz, producător, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se va deconta 30% din contravaloarea medicamentului. Diferența de 70% din costuri va continua să fie suportată de către deținătorul autorizației de punere pe piață sau, după caz, de către producător.

(4) Asigurarea accesului la tratamentul cu medicamentele prevăzute la alin. (2) se realizează cu respectarea obligației de serviciu public prevăzută la art. 804.”

Art. II. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 14 aprilie 2022, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 378/2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Articolul IV se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. IV. – (1) Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi pentru următoarele categorii de persoane:

- a. pacienți înscrși în Programele naționale de sanatate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscrși în program,
- b. pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA,
- c. persoane asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică,
- d. persoane asigurate și persoane care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice,

se decontează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, altele decât cele prevăzute la alin. (1), se realizează în limita valorii contractate de respectivele unități sanitare pentru servicii de spitalizare de zi.

(3) Modalitatea de stabilire a numărului de cazuri de spitalizare de zi ce pot fi realizate în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate este prevăzută în Contractul-cadru.”

2. La articolul IX, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.”

3. La articolul IX, după alineatul (3) se introduc două noi alineate, alin. (4) și alin. (5), cu următorul cuprins:

„(4) Pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

(5) Pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, se decontează, în cadrul monitorizării conform alin. (4), o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară, într-un an calendaristic, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Aceste persoane pot beneficia, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurrente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în același pachet de servicii.”

Art. III. – La art. XVIII din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1334 din 31 decembrie 2024, cu modificările și completările ulterioare, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Prin excepție de la alin. (1), începând cu 1 octombrie 2025, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 6,5 lei.”

Art. IV. – (1) Medicii de specialitate care acordă servicii medicale într-o secție/compartiment dintr-un spital public, acordă în cadrul programului de lucru și consultații în ambulatoriul integrat pentru minim o oră/zi în medie pe lună, raportat la un program de 35 de ore/săptămână. La calculul mediei lunare se au în vedere zilele lucrătoare, fiind exceptate zilele de concediu de odihnă și zilele de concediu medical. Pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital pentru un program de lucru reprezentând o fracțiune de normă, programul minim pentru consultații în ambulatoriul integrat se reduce în mod corespunzător.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligației medicului prevăzută la alin. (1), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) începând cu a doua constatare, amendă în cuantum de 20.000 lei.

Art. V. – Pentru furnizorii publici de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, începând cu anul 2026, se va aplica un coeficient de ajustare pozitivă la valoarea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate potrivit Capitolului V din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 și 466 bis din 26 mai 2023, față de furnizorii privați de servicii medicale paraclinice care acordă servicii medicale în aceleași condiții tehnice și de personal.

Art. VI – (1) Până la data de 31 decembrie 2028, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în limita procentului reprezentat de numărul de paturi contractate cu acești furnizori la data de 31 decembrie 2025 din totalul numărului de paturi contractabile, la nivelul fiecărui județ, respectiv al municipiului București.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică paturilor care intră sub incidența Planului național de paturi aprobat prin hotărâre a Guvernului.”

Art. VII. – (1) Prin derogare de la prevederile art. 311 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru unitățile sanitare cu paturi, în situația în care se constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării, se recuperează contravaloarea acestora și se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații și excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 6 luni și, după caz, se sesizează Colegiul Medicilor din România în vederea revocării dreptului de liberă practică practică a medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea;
- b) la a doua constatare a abaterii se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații și excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 36 luni și, după caz, se sesizează

Colegiul Medicilor din România în vederea revocării dreptului de liberă practică a medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea.

(2) În perioada în care medicul este exclus din contractul încheiat de unitatea sanitară spitalicească cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile alin. (1), acesta nu poate desfășura activitate la niciun furnizor aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

(3) În cazul dispunerii sancțiunii de la alin. (1), furnizorul are obligația să suporte contravaloarea serviciilor medicale spitalicești acordate pacienților internați pe secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea până la finalizarea episodului de boală al acestora.

(4) Furnizorii de servicii medicale spitalicești au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul național de asigurări sociale de sănătate, precum și documentele justificative din care să rezulte corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și în afara relației contractuale.

(5) Prin derogare de la prevederile art. 313 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, refuzul furnizorului de servicii medicale spitalicești de a pune la dispoziția organelor de control documentele prevăzute la alin. (4) se sancționează prin aplicarea unui procent de 20% din valoarea de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate.

(6) În situația în care organele de control sesizează neconcordanțe între medicamentele achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi-consumabile achiziționate conform facturilor și utilizate în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.”

Art. VIII. – Începând cu 1 octombrie 2025, sintagma „suma orientativă/medic specialist/lună” referitoare la asistența medicală dentară se va înlocui cu sintagma „suma garantată/medic specialist/lună” în Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 25 iulie 2025, Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1334 din 31 decembrie 2024, în Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 și 466 bis din 26 mai 2023 și în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023.

Art. IX. La articolul XXXII din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 25 iulie 2025, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Prin excepție de la alin. (1), începând cu 1 ianuarie 2026, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 8 lei.”

Art. X. După articolul 18 din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680 din 26 septembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare, se introduce un nou articol, art. 19, cu următorul cuprins:

„Art. 19 – Începând cu trimestrul IV al anului 2025 și până în trimestrul IV al anului 2026 inclusiv, procentele prevăzute la art. 3⁸ alin. (4) și art. 12 alin. (11) se majorează cu 1,7 puncte procentuale, respectiv procentul prevăzut la art. 3⁸ alin. (5) se majorează cu 0,6 puncte procentuale, reprezentând contribuția trimestrială temporară de solidaritate datorată de deținătorii de autorizații de punere pe piață a medicamentelor prevăzuți la art. 1 și art. 12 alin.(3), cu excepția deținătorilor autorizațiilor de punere pe piață pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.”

Art. XI. (1) Ordinele ministrului sănătății prevăzute la art. I, punctele 6, 8, 10, 11 și 12 se elaborează în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

(2) Hotărârea Guvernului prevăzută la art. I pct. 5 se elaborează în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

Art. XII (1) Pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 280 alin. (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la data de 1 ianuarie 2027, activitățile de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond realizate la nivelul INMSS vor fi preluate de CNAS.

(2) Dispozițiile art. 696 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare se abrogă începând cu data de 1 ianuarie 2027.

Art. XIII (1) În vederea asigurării unei repartizări echitabile, eficiente, în limita fondurilor aprobate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate cu această destinație, precum și corelate cu nevoile și performanțele unităților sanitare, se elaborează o metodologie unitară pentru sumele reprezentând influențele financiare determinate de creșterile salariale și de celelalte drepturi acordate personalului încadrat în unitățile sanitare publice, precum și în cele care au ca asociat unic unitățile administrativ-teritoriale și care se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, de la o poziție distinctă, respectiv titlul VI „Transferuri între unități ale administrației publice”. Metodologia va ține cont cel puțin de următorii indicatori:

- a) ponderea cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor spitalului;
- b) ponderea influențelor financiare în totalul veniturilor spitalului provenite din contractul cu casa de asigurări de sănătate;
- c) ponderea influențelor financiare în totalul cheltuielilor salariale ale spitalului;
- d) indicatori obiectivi de activitate și performanță medicală, precum volumul și complexitatea serviciilor medicale, gradul de utilizare a capacității spitalului, eficiența utilizării resurselor sau, după caz, alte criterii relevante;
- e) raportarea sumelor alocate la disponibilitățile financiare ale Fondului și prioritățile strategice stabilite pentru finanțarea sistemului sanitar.

(2) Metodologia prevăzută la alin. (1) va include, după caz, mecanisme specifice pentru unitățile sanitare publice care, prin natura specializării, complexitatea cazurilor tratate sau rolul strategic la nivel local, județean, regional ori național, se află într-o situație particulară ce justifică aplicarea unor criterii de alocare a fondurilor prin raportare la complexitatea și diversitatea activității unității sanitare, inclusiv programe naționale de sănătate, în vederea asigurării unei finanțări corespunzătoare corelate cu nevoia de servicii a asiguraților și gradul de adresabilitate al acestora.

(3) Indicatorii utilizați în metodologie vor fi determinați pe baza datelor raportate lunar/trimestrial de unitățile sanitare.

(4) Metodologia va fi stabilită prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în termen de cel mult 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

Art. XIV. (1) Dispozițiile art. I pct. 16, pct. 20-22, pct. 27, art. II, art. IV, art. V, art. VII intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026 și dispozițiile art. I pct. 1, 2 și 4 intră în vigoare la data de 1 octombrie 2025.

(2) Prevederile art. I, pct. 9 și 12 intră în vigoare în 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe.

(3) Concursurile pentru ocuparea funcției de manager și de șef de secție, organizate anterior intrării în vigoare a art. I pct. 9 și 12, se finalizează conform prevederilor legale în vigoare la data demarării acestora, iar contractul de management, respectiv de administrare se încheie cu respectarea prevederilor legale în vigoare la data demarării concursului.

(4) Evaluarea anuală pentru funcțiile de manager, șef de secție, de laborator și de serviciu medical, încheiate anterior intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, se realizează conform prevederilor legale aplicabile la acea dată.

(5) Evaluarea anuală pentru contractele de management și de administrare încheiate în condițiile alin. (3) se realizează conform prevederilor legale în vigoare la data demarării concursurilor.

PRIM-MINISTRU

ILIE GAVRIL BOLOJAN

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul prezentului act normativ

ORDONANȚĂ

pentru modificarea și completarea unor acte normative și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății

Secțiunea a 2 – a

Motivul emiterii actului normativ

2.1.Sursa proiectului de act normativ:

Pentru punerea în aplicare a art. XVIII alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024, potrivit căruia până la data de 30 iunie 2025, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății propun aprobării Guvernului un memorandum cu privire la planul de măsuri de reducere și eficientizare a cheltuielilor și de creștere a calității serviciilor medicale,

prin adresa nr. HRM4556/2025, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a înaintat Ministerului Sănătății proiectul de memorandum privind Planul de măsuri de eficientizare a cheltuielilor și de creștere a calității serviciilor medicale, care cuprinde indicatori de rezultat și termene de implementare. Pentru respectarea termenelor de implementare a măsurilor cuprinse în Plan, este necesar a fi modificate și/sau completate o serie de acte normative cu prevederi în domeniul sănătății.

2.2 Descrierea situației actuale

Art. 75 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reglementează posibilitatea cabinetelor de medicină de familie de a deschide cel mult două puncte secundare de lucru dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 10 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază.

Prevederile art. 75 alin. (8) fac referire în prezent la unitățile medico-sanitare cu personalitate juridică, care desfășoară activitate în conformitate cu art. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, înființate potrivit Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.

Titlul V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reglementează asistența medicală mobilă. În sistemul asigurărilor sociale de sănătate, potrivit contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, se decontează din fondurile alocate asistenței medicale spitalicești servicii medicale în scop diagnostic-caz acordate de cabinete medicale mobile, caravane medicale și unități medicale mobile. Serviciile medicale în scop diagnostic - caz sunt definite în Anexa 1 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, acestea fiind servicii de spitalizare de zi care se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic.

Personalul didactic medico-farmaceutic încadrat în instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate beneficiază de integrare clinică în unitățile și instituțiile sanitare, în Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, fără concurs.

În prezent nu există reglementări la nivel primar care să permită o ierarhizare a spitalelor prin raportare la importanța strategică a acestora, ierarhizare care ar permite o modalitate de identificare rapidă a acestor structuri sanitare în situații excepționale în sănătate și stabilirea unor sarcini prin raportare la capacitatea de răspuns a acestora.

Pentru a putea crea cadrul legal prin care să se stabilească unitar condiții de înființare și organizare a secțiilor din spitalul public este necesar a se crea la nivelul Legii nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare temeiul pentru emiterea ordinului de ministru potrivit normelor de tehnică legislativă.

- În prezent nu există cadrul legal pentru a responsabiliza unitar toți "actorii din sistemul sanitar", (public/privat), în sensul că, în absența unor măsuri care să corecteze comportamentele uneori abuzive, există riscul ca aceste comportamente să devină practică unitară la nivelul furnizorilor de servicii din sistemul privat.

- Prevederile legale actuale nu asigură în mod clar faptul că spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituții de învățământ medical superior acreditate, precum și cu alte instituții medicale acreditate, indiferent de localizarea geografică, în vederea constituirii unor consorții medicale cu personalitate juridică.

De asemenea, în contractul de administrare al șefilor de secție, de laborator și de serviciu medical sunt prevăzuți doar indicatorii de performanță asumați.

În prezent este reglementată participarea la ședințele consiliului de administrație doar a managerului, în calitate de invitat.

Potrivit prevederilor Codului Muncii, în instituțiile publice posturile se ocupă prin examen sau concurs. La art. 165 se prevede ca personalul didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată din instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate beneficiază de integrare clinică în unități și instituții publice precum și în spitale și cabinete private, fără a se preciza modalitatea de ocupare.

La art. 181 se reglementează încheierea de către membrii comitetului director a contractului de administrare, fără însă a exista prevederi referitoare la posibilitatea și modalitatea de evaluare a acestora.

- Conform art. 200¹ din cadrul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, spitalele private pot încheia contracte cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București pentru asigurarea drepturilor salariale ale rezidenților pe toată perioada pregătirii în rezidențiat, anii I - VII, în funcție de specialitate, inclusiv a celor aferente voucherelor de vacanță. Sumele necesare pentru derularea contractelor prevăzute la alin. (1) se asigură din fonduri de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății.

- În prezent, potrivit prevederilor art. 96 alin. (3) și (4) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării. Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

- În prezent, potrivit prevederilor art. 224 alin. (1)³ din legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, bolnavii cu a diagnosticăți cu tuberculoză sau SIDA, care nu realizează venituri dintre cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, acordate în cadrul programelor naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, precum și de serviciile medicale care stau la baza acordării acestora cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, până la vindecarea respectivei afecțiuni.

- În prezent, art. 261 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reglementează plata furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară prin tarif pe persoană asigurată, tarif pe serviciu medical și prin plata în funcție de performanță pentru atingerea unor ținte în acordarea unor servicii medicale.

Structura fondului anual aprobat pentru asistența medicală primară are în vedere alocarea unor sume fixe medicilor de familie nou-veniți, pentru o perioadă limitată reglementată care le permite constituirea unei liste de pacienți, alocarea unui procent de 1% pentru plata pe performanță pentru unele servicii de prevenție, iar suma rămasă este alocată în proporție de 35% pentru plata per capita și 65% pentru plata pe serviciu.

- În prezent, art. 696 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reglementează faptul că INMSS desfășoară activități de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond și este instituție unică abilitată pentru colectarea și prelucrarea datelor, conform prevederilor legale în vigoare, privind serviciile medicale spitalicești, furnizate asiguraților în vederea contractării și decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate. Aceste activități se realizează pe bază de contracte încheiate cu CNAS, în condițiile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare.

- Realizarea și implementarea sistemului informatic din sistemul de asigurări sociale de sănătate este un proiect de utilitate publică de interes național, care vizează în mod direct acordarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale persoanelor asigurate, iar orice disfuncționalitate a acestui sistem conduce la îngrădirea persoanelor asigurate la dreptul la asistență medicală.

În vederea dezvoltării de noi proiecte și soluții de îmbunătățire și eficientizare a sistemelor și platformelor software gestionate, prin Legea nr. 45/2019 s-a instituit cadrul legal pentru angajarea la nivelul CNAS de personal calificat în domeniul tehnologiei informației, pentru care să se asigure o salarizare similară cu personalul Centrului Național pentru Informații Financiare, din cadrul Ministerul Finanțelor Publice, prevăzută OUG nr. 77/2017, aprobată cu completări prin Legea nr. 99/2018.

La nivelul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate își desfășoară activitatea în calitate de specialiști în tehnologia informației și comunicațiilor persoane încadrate în funcții publice, cu o bogată experiență în ceea ce privește implementarea și dezvoltarea sistemelor informatice componente ale PIAS, iar nivelul demotivant de salarizare aferent funcției publice, raportat la specialitatea și experiența acestora, conduce la discriminare comparativ cu salarizarea experților. În consecință, se impune intervenția normativă astfel încât să fie eliminată discriminarea, iar specialiștii în tehnologia informației și comunicațiilor care au participat la implementarea și dezvoltarea sistemelor informatice componente ale PIAS să poată fi salariați în mod corespunzător pregătirii și experienței lor profesionale și să fie motivați să rămână în sistem.

- La nivelul asistenței medicale primare, asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru specialitățile paraclinice, pentru medicina dentară, pentru servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, pentru consultații de urgență și transport sanitar neasistat, pentru îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu, în prezent, în cazul în care în perioada derulării contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita – în asistența medicală primară, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical – în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv pentru celelalte domenii de asistență medicală menționate, aplicarea unui

procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii. La a doua constatare se reziliază contractul cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a personalului medico-sanitar/medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora și se recuperează contravaloarea acestor servicii neefectuate. Această sancțiune nu este reglementată și pentru unitățile medicale spitalicești.

- Perioada de valabilitate a cardului european este de 2 ani de la data emiterii, potrivit dispozițiilor art. 330 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- Prin Titlul XVIII – „Medicamentul” s-a realizat armonizarea unitară a legislației naționale în domeniu cu legislația Uniunii Europene în domeniul medicamentului, prin transpunerea Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 6 noiembrie 2001 de instituire a unui cod comunitar cu privire la medicamentele de uz uman, astfel cum ceasta a fost modificată prin Directiva 2002/98/CE a Parlamentului și Consiliului din 27 ianuarie 2003 privind stabilirea standardelor de calitate, securitatea pentru recoltarea, controlul, prelucrarea, stocarea și distribuirea sângelui uman și a componentelor sanguine și de modificare a Directivei 2001/83/CE, cu modificările și completările ulterioare. Acest titlu, reglementează condițiile și măsurile ce trebuie luate pentru asigurarea calității, eficacității și siguranței medicamentelor, definește conceptele și noțiunile folosite în domeniul fabricației, autorizării de punere pe piață și supravegherii medicamentelor de uz uman, precizează condițiile, metodologia și conținutul documentației de autorizare de punere pe piață a medicamentelor și, nu în ultimul rând, precizează regulile privind fabricarea și importul medicamentelor în România.

Medicamentele, astfel cum acestea sunt definite și reglementate în acest titlu, fac obiectul contractelor de furnizare de medicamente, pe care casele de asigurări de sănătate le încheie cu farmaciile cu circuit deschis și cu spitalele (farmaciile cu circuit închis). Dar, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru ca asigurații să poată beneficia de medicamente cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), ulterior obținerii autorizației de punere pe piață, medicamentele trebuie să fie cuprinse în Lista de medicamente, aprobată prin HG nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care se elaborează de către Ministerul Sănătății și CNAS, cu consultarea CFR, și care se aprobă prin hotărâre a Guvernului. În lipsa înscrierii medicamentelor în această Listă, asigurații nu pot beneficia de acestea.

Cu titlu de normă imperativă, general valabilă, niciun medicament nu poate fi pus pe piață în România fără o autorizație de punere pe piață emisă de către ANMDMR, în conformitate cu prevederile Titlului XVIII din Legea nr. 95/2006, sau fără o autorizație eliberată conform procedurii centralizate, astfel cum statuează dispozițiile art. 704. După ce un medicament a primit o autorizație inițială de punere pe piață, orice concentrații, forme farmaceutice, căi de administrare și forme de prezentare suplimentare, precum și orice variații sau extensii trebuie autorizate separat sau incluse în autorizația inițială de punere pe piață.

Singura excepție de la aceste prevederi este cea instituită la art. 703, prin care ANMDMR poate autoriza temporar distribuția unui medicament pentru rezolvarea unor nevoi speciale. Așadar și în această situație de excepție este necesară existența unei autorizații emise de instituțiile statutului.

În acest sens, ANMDMR îi revine obligația instituită la art. 799 din lege, respectiv să ia toate măsurile corespunzătoare pentru a se asigura că numai medicamentele pentru care a fost acordată o autorizație de punere pe piață conform sau prin procedura centralizată sunt distribuite pe teritoriul României.

Nerespectarea dispozițiilor art. 704 constituie contravenție, în măsura în care nu sunt săvârșite în astfel de condiții încât să fie considerate, potrivit legii penale, infracțiuni, potrivit art. 875 alin. (1) lit. y) din lege, care se sancționează cu amendă de la 75.000 lei la 100.000 lei persoana juridică responsabilă de punerea pe piață a unui medicament cu nerespectarea prevederilor art. 704.

Mai mult, prin dispozițiile Ordonanței Guvernului nr. 37/2022, aprobate prin Legea nr. 328/2022, prevederile art. 241 din Legea nr. 95/2006 au fost completate astfel încât să se reglementeze situația specifică a modalității de acordare și decontare a medicamentelor inovative din bugetul FNUASS, motivat de faptul că pe rolul instanțelor judecătorești se înregistrează un număr foarte mare de dosare (ordonanțe președințiale și litigii privind soluționarea fondului ordonanțelor președințiale), promovate de persoane fizice în calitate de părți reclamante, în contradictoriu cu Guvernul României, Ministerul Sănătății, CNAS și Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDMR), prin care se solicită

obligarea Statului, prin instituțiile pârâte, la acordarea sau decontarea, pe cale de ordonanță președințială, a unor medicamente care nu întrunesc condițiile legale de decontare din FNUASS.

Cu toate acestea, deși la nivel de lege există prevederi care reglementează în mod expres care sunt medicamentele care pot fi comercializate în România și de care pot beneficia persoanele asigurate pe bază de prescripție medicală, în prezent, pe rolul instanțelor de judecată se află un număr mare de dosare (ordonanțe președințiale și acțiuni de fond) având ca obiect acordarea medicamentelor pentru alte indicații terapeutice decât cele prevăzute în Lista de medicamente (și pentru care deținătorii de autorizație de punere pe piață (DAPP) nu au depus solicitări la ANMDMR în acest sens), pentru medicamente care nu sunt în Listă, pentru medicamente care nu se comercializează pe teritoriul României și, în unele cazuri, nici în Uniunea Europeană.

Practica constantă a instanțelor judecătorești, în ceea ce privește demersul reclamanților pe calea ordonanțelor președințiale, este în favoarea reclamanților, în sensul obligării instituțiilor Statului la asigurarea către pacienți a medicamentelor în regim de compensare 100%, fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, până la soluționarea litigiului ce formează obiectul dosarului de fond aflat pe rolul instanței judecătorești, soluții care grevează bugetul FNUASS.

Cu toate acestea, există o discrepanță majoră între soluțiile pronunțate în procedura ordonanței președințiale, în care se analizează doar aparența dreptului afirmat de către reclamant, și soluțiile pronunțate în soluționarea dosarelor de fond aferente ordonanțelor președințiale, în care instanțele de judecată, în urma analizării temeinice și exhaustive a cauzei (analizând atât probatoriile administrate în cauză, cât și legislația națională și europeană incidentă), nu confirmă aparența dreptului astfel cum acesta este analizat pe calea ordonanței președințiale, în mare majoritate acțiunile reclamanților fiind respinse pe fond.

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se acordă medicamente compensate și gratuite tuturor persoanelor asigurate, în limita unui buget alocat în mod expres prin legile bugetare anuale. Ori, acordarea și decontarea din bugetul FNUASS a unor medicamente care exced cadrului legal aplicabil, pe lângă faptul că presupun costuri foarte ridicate care au un impact major asupra bugetului pentru medicamente, creează și o situație discriminatorie față de celelalte persoane asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, prin raportare la prevederile legale în vigoare, precum și prin raportare la art. 34 din Constituția României, care statuează faptul că "Organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală (...) se stabilesc potrivit legii".

Urmare a faptului că prin procedura ordonanței președințiale, dreptul reclamanților nu poate fi analizat decât la nivel de aparență, neputând fi analizat fondul cauzei, instanțele de judecată au dispus în foarte multe dosare obligarea instituțiilor pârâte la acordarea unor medicamente care nu se comercializează în România deoarece deținătorul medicamentului nu a solicitat autorizație de punere pe piață în România și implicit nu au preț în CANAMED, instituțiile pârâte fiind puse astfel în imposibilitatea de a asigura acordarea acestora motivat de faptul că decizia de a comercializa un medicament în România revine doar deținătorului acestuia, iar autoritățile statului nu pot influența hotărârea acestuia. În acest sens sunt relevante dispozițiile Directivei 89/105/CEE privind transparența măsurilor care reglementează stabilirea prețurilor medicamentelor de uz uman și includerea acestora în domeniul de aplicare al sistemelor naționale de asigurări de sănătate, dispoziții care au în vedere modalitatea de soluționare a cererilor deținătorilor de autorizație de punere pe piață (titularii autorizațiilor de comercializare, în exprimarea Directivei) de includere a medicamentului comercializat pe Lista medicamentelor compensate. În acest sens sunt relevante deciziile în cauzele C-296/03 S.A. GlaxoSmithkline c. Belgiei, C-424/99 Comisia Comunităților Europene c. Austriei și C-245/03 Merck Sharp & Dohme c. Belgiei.

În considerarea celor expuse mai sus, există situații în care instanțele de judecată au obligat, pe calea ordonanțelor președințiale, la acordarea și decontarea de medicamente care nu sunt comercializate pe teritoriul României și nici nu au preț aprobat de instituțiile statului.

Menționăm faptul că, pentru indicațiile terapeutice (afecțiunile) ale reclamanților, în Lista de medicamente, aprobată prin HG 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, există alternative terapeutice. Prin urmare, statul român prin Ministerul Sănătății, CNAS și ANMDM asigură pentru fiecare afecțiune (indicație terapeutică) medicamente adecvate și necesare, conform ghidurilor europene.

Cu titlu de jurisprudență, Curtea Europeană de Justiție a stabilit în hotărârea sa din 21 martie 2002 pronunțată în cauza Nitecki împotriva Poloniei, faptul că: *"Reclamanta, care avea o boală foarte rară și fatală, a susținut că nu dispunea de mijloacele necesare pentru a plăti tratamentul său medical. Acesta s-*

a plâns în fața Curții de refuzul autorităților de a rambursa costul total al tratamentului său (în temeiul sistemului general de asigurări de sănătate erau acoperite doar 70% din costuri). Curtea a declarat cererea inadmisibilă (în mod vădit nefondată). Deși ar putea fi ridicată o problemă în temeiul art. 2 (dreptul la viață) din Convenție, în cazul în care se demonstrează că autoritățile unui stat contractant au pus în pericol viața unei persoane prin refuzul de a-i furniza asistența medicală pe care acestea s-au angajat să o asigure întregii populații, curtea a constatat că acest lucru nu era valabil în cazul reclamantei.”

În concluzie, prin soluțiile pronunțate de instanțele de judecată în dosarele care au ca obiect ordonanțe președințiale, statul, prin instituțiile pârâte, este obligat la suportarea contravalorii tratamentelor cu medicamente care nu îndeplinesc condițiile de punere pe piață și comercializare în România (de multe ori nici la nivel european), în multe cazuri lipsindu-le studiile clinice necesare autorizării, studii ale căror costuri, potrivit legislației europene, ar trebui suportate în integralitate de către deținătorul medicamentului, în cazul de față fiind suportate de Statul Român.

În acest context se impune modificarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât:

- să fie eliminată practica acordării medicamentelor pe baza ordonanțelor președințiale fără a fi analizat fondul cauzei și fără a se crea o discriminare între asigurații care formulează acțiuni în instanță și cei care nu formulează acțiuni în instanță;
- să fie implementat un mecanism prin care pacienții să poată avea acces la tratamentul recomandat în situația în care nu există alternativă terapeutică, prin implicarea deținătorului de autorizație de punere pe piață în suportarea unei cote aferente costurilor, respectiv implicarea medicului curant/prescriptor în ceea ce privește monitorizarea clinico-biologică a pacientului.

Așadar, se impune regândirea cadrului normativ actual pentru a asigura o abordare unitară, echitabilă și sustenabilă a accesului la tratamente inovative, evitând totodată exploatarea unor mecanisme judiciare de urgență (precum ordonanța președințială) într-un domeniu care presupune o analiză complexă și fundamentată medical, științific și financiar.

În lipsa unor reglementări clare și restrictive în ceea ce privește accesul la medicamente neautorizate/necomercializate în România (și, uneori, în UE), sistemul public este pus în situația de a susține financiar terapii care nu beneficiază de o evaluare riguroasă a eficienței și siguranței, aspect contrar principiilor de utilizare rațională a resurselor din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS).

Mai mult decât atât, perpetuarea acestei practici conduce la:

- o discriminare indirectă între pacienții care obțin tratamente prin hotărâri judecătorești și cei care, deși se află în situații clinice similare, nu parcurg calea instanțelor;
- o perturbare a bugetării și planificării financiare a cheltuielilor aferente sistemului de sănătate;
- o subminare a autorității autorităților de reglementare, precum ANMDMR și MS, în ceea ce privește autorizarea, evaluarea și includerea medicamentelor în lista de compensare;
- un precedent periculos în care deciziile privind tratamentele medicale sunt luate în afara cadrului reglementat de experți medicali și autorități competente, prin hotărâri judiciare sumare, emise fără expertiză tehnică de specialitate;
- finanțarea în fapt a studiilor clinice a căror finanțare este în sarcina DAPP.

În acest sens, propunerea de modificare legislativă urmărește:

- restaurarea echilibrului între drepturile pacienților și obligațiile statului;
- introducerea unor filtre suplimentare de evaluare, prin implicarea directă a DAPP-urilor în procesul de susținere financiară a tratamentelor neincluse în listă;
- responsabilizarea medicului curant în ceea ce privește urmărirea răspunsului terapeutic, în lipsa unui cadru de reglementare clar pentru medicamentele respective;
- consolidarea disciplinei financiare în gestionarea FNUASS;
- evitarea riscului de introducere indirectă în sistemul de compensare a unor medicamente neautorizate sau ineficiente, cu potențial risc pentru sănătatea pacienților, chiar în situația în care acestea nu sunt autorizate în Europa sau în situația în care DAPP nu a solicitat autorizarea pentru respectivele acțiuni, întrucât beneficiul medical nu răspunde pentru afecțiunea respectivă.

În concluzie, modificarea propusă a Legii nr. 95/2006 nu restrânge accesul la tratamentele necesare și aprobate, ci reglementează modul în care pacienții pot accesa terapii neincluse în prezent în lista de medicamente compensate sau gratuite, într-un mod transparent, sigur și sustenabil. Totodată, această

măsură urmărește să asigure respectarea principiilor de echitate, eficiență și legalitate în acordarea serviciilor de sănătate, în interesul tuturor asiguraților din sistemul public.

- Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, consacră, prin art. 381, principiile fundamentale ale exercitării profesiei medicale. Etica medicală vizează decizii informate, bazate pe dovezi, cu respect pentru legislație și bune practici, iar orice prescripție trebuie să fie documentată, justificată și supusă răspunderii profesionale.

În consecință, se impune revizuirea normei pentru a include limite obiective și criterii de responsabilitate, corelarea cu protocoalele și resursele existente, dar și o delimitare clară între libertatea profesională și obligația de conformare la bunele practici și legislație.

Potrivit art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

- În conformitate cu prevederile articolului IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

Efectuarea investigațiilor paraclinice necesare pacienților, în vederea monitorizării afecțiunilor prevăzute mai sus se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

- Art. XVIII alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene prevede pentru anul 2025 menținerea valorilor garantate ale punctelor în asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice și, respectiv, a sumei orientative/medic specialist în asistența medicală stomatologică la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024.

Valoarea punctului în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice este prevăzută la art. 35 din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, fiind reglementată în prezent la un nivel de 5 lei.

Art. XXXII alin. (1) din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal bugetare, prevede pentru anul 2026 menținerea valorilor garantate ale punctelor în asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice și, respectiv, a sumei orientative/medic specialist în asistența medicală stomatologică la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025.

La nivelul asistenței medicale dentare, este utilizată sintagma “suma orientativă/medic specialist/lună” pentru a indica o valoare de contract ce se calculează anual la nivelul CNAS în funcție de bugetul aprobat pentru acest domeniu de asistență medicală prin legea bugetară anuală.

- Ordinul ministrului sănătății nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului reglementează la art. 2 alin. (3) desfășurarea activității ambulatoriului integrat al spitalului, de către toți medicii, prin rotație, în vederea creșterii accesibilității populației la serviciile medicale ambulatorii de specialitate, fără a fi stabilită o sancțiune pentru nerespectarea acestei obligații la nivelul unității sanitare spitalicești.

- În prezent, condițiile de contractare pentru asistența medicală ambulatorie pentru specialități paraclinice sunt reglementate în mod unitar pentru furnizori, indiferent de forma de proprietate.

- Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere atât numărul de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, cât și numărul de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății. Potrivit dispozițiilor art. 1 alin. (1) lit. c) coroborate cu dispozițiile art. 3 alin. (1) din HG nr. 401/2023 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2023-2025, numărul maxim de paturi aprobat la nivel național pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia, în anul 2025, contracte de furnizare de servicii medicale cu spitalele publice, indiferent de subordonare, cu spitalele private, precum și cu sanatoriile și preventoriile din România, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru, este de 117.284. Numărul de paturi aprobate pentru pacienții care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, numărul de paturi din penitenciarele spital, precum și numărul de paturi pentru îngrijiri paliative se contractează separat, cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru.

În conformitate cu art. 2 din același act normativ, detalierea pe județe, respectiv pentru municipiul București a numărului total de paturi prevăzut pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu spitalele se aprobă anual prin ordin al ministrului sănătății. În anul 2025, se aplica dispozițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 1554/2025.

Numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital se stabilește cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel județean de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiilor medicale sau structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și se avizează de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate/direcțiile de sănătate publică și avute în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile.

La data de 30.06.2025, casele de asigurări de sănătate aveau încheiate relații contractuale cu unitățile sanitare cu paturi pentru acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare continuă pentru un număr de 116.659 paturi, dintr-un total de 137.297 paturi cuprinse în structura organizatorică a acestora.

Unitățile sanitare private care au solicitat încheierea unei relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au în structura aprobată un număr de 12.016 paturi, ceea ce reprezintă un procent de 8,75% din totalul paturilor (137.297) cuprinse în structura spitalelor care au încheiat contracte de furnizare de servicii spitalicești cu casele de asigurări de sănătate.

La data de 30.06.2025, casele de asigurări de sănătate aveau încheiate relații contractuale cu spitale private pentru un număr de 6.037 paturi, reprezentând un procent de aproximativ 5,2% din totalul numărului de paturi contractate (116.659). La aceeași dată, 110.622 de paturi erau contractate cu spitalele publice, reprezentând un procent de aproximativ 94,8% din totalul paturilor contractate.

Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG) se realizează în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acută, în funcție de:

- numărul de cazuri externate, raportate și validate potrivit dispozițiilor Capitolului VI Servicii medicale în unități sanitare cu paturi din Anexa 2 la HG nr. 521/2023,
- valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz - Grupele de diagnostice și valorile relative corespunzătoare sunt prevăzute în Anexa nr. 23 BII la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru,
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul în curs, prevăzut în anexa nr. 23 A la Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

- În prezent, la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, furnizorii au obligația în relația contractuală cu casa de asigurări de sănătate, potrivit prevederilor art. 74 lit. r) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală, cât și în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor

de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fișe de evidență reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizați(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective. Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a refuzului furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate. În cazul unității sanitare cu paturi nu este reglementată o sancțiune care să vizeze situația descrisă la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, deși furnizorii de servicii medicale spitalicești utilizează și aceștia reactivi pentru efectuarea de investigații paraclinice, precum și medicamente care fac parte din serviciul medical spitalicesc.

În temeiul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele publice primesc sume aferente serviciilor medicale spitalicești, sume reprezentând influențele financiare determinate de creșterile salariale pentru personalul propriu, sume corespunzătoare alocației de hrană acordată în condițiile art. 229 alin. (5) și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sume reprezentând indemnizații pentru cadrele didactice care desfășoară activitate integrată în baza unui contract individual de muncă, precum și sume pentru asigurarea voucherelor de vacanță ale personalului. Totodată, spitalele publice mai primesc de la casele de asigurări de sănătate și sume pentru plata unor drepturi salariale sub formă de indemnizații lunare pentru gărzi, pentru fiecare zi lucrată în zilele de repaus săptămânal, sărbători legale și în celelalte zile în care, în conformitate cu reglementările legale în vigoare etc.

Sumele reprezentând influențele financiare determinate de creșterile salariale și de celelalte drepturi acordate, începând cu luna octombrie 2015, personalului încadrat în unitățile sanitare publice, precum și în cele care au ca asociat unic unitățile administrativ-teritoriale, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se suportă din bugetul FNUASS de la o poziție distinctă, respectiv de la titlul VI "Transferuri între unități ale administrației publice.

Sumele reprezentând influențele financiare determinate de creșterile salariale pentru personalul propriu au crescut treptat, în bugetul aprobat pentru anul 2025 fiind mai mari decât fondurile alocate pentru plata serviciilor medicale spitalicești.

Suma corespunzătoare alocației de hrană se asigură prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul FNUASS, potrivit dispozițiilor art. 229 alin. (5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Modalitatea de alocare a acestor fonduri generează diferențe semnificative între spitale, atât în ceea ce privește ponderea acestor influențe în veniturile spitalului, cât și raportat la cheltuielile cu salariile. Lipsa unui mecanism obiectiv și previzibil de repartizare poate conduce la dezechilibre în finanțare, lipsă de transparență, precum și la riscul concentrării resurselor umane în unități cu volum redus de activitate, în detrimentul celor cu nevoi reale mai mari.

2.3. Schimbări preconizate

- Prin modificarea art. 75 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și a art. 13 alin. (4) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, prin reducerea numărului minim de ore de funcționare săptămânală de la 10 ore la 5 ore pentru punctele secundare ale cabinetelor medicilor de familie aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, se urmărește creșterea accesului la servicii medicale de asistență primară în zonele defavorizate sau cu populație dispersată. Astfel, medicii de familie sunt încurajați să deschidă puncte de lucru în localități mici sau izolate, unde cererea este redusă, dar nevoia de servicii medicale de bază

persistă. Propunerea are în vedere flexibilizarea cadrului legal în acord cu situațiile reale și distribuția inegală a personalului medical.

Modificarea prevăzută la art. I pct. 1 vizează coroborarea dispozițiilor art. 75 alin. (8) cu prevederile din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic, pentru corectitudinea trimiterii la art. 1 alin. (3) lit. b).

- Se are în vedere completarea titlului V¹, Asistență medicală mobilă, cu prevederi referitoare la finanțarea din bugetul FNUASS a unor servicii medicale acordate prin asistența medicală mobilă, pentru extinderea accesului pacienților din zone izolate și greu accesibile pentru care suma necesară deplasării la furnizorii de servicii medicale este o povară financiară, la servicii acordate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate precum cele de spitalizare de zi, consultații și proceduri diagnostice și terapeutice furnizate de medici specialiști, investigații paraclinice, servicii medicale în scop diagnostic-caz.

- La articolul I punctul 3 se reglementează modalitatea de ocupare a posturilor de către personalul care beneficiază de integrare clinică, în instituții și unități publice, în concordanță cu prevederile legale în vigoare.

- Articolul I punctul 4 vizează transferul responsabilității achitării costurilor aferente situațiilor în care un pacient este externat dintr-o unitate sanitară privată și transferat sau reinternat în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare într-o unitate sanitară publică, către unitatea sanitară privată care a solicitat transferul sau care a determinat reinternarea pacientului în unitatea sanitară publică, indiferent de statutul de asigurat al pacientului și indiferent de raportarea serviciului la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării sau de existența unui contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate de către unitatea sanitară privată.

Astfel, norma propusă are în vedere faptul că transferul sau reinternarea rapidă (în 48 de ore) dintr-un spital privat într-un spital public, pentru aceeași patologie și același tip de îngrijire, indică frecvent o externare prematură, o îngrijire inadecvată sau o lipsă de continuitate în tratament în unitatea privată. Prin transferul costurilor către unitatea privată, se creează un mecanism de răspundere financiară pentru actul medical prestat, descurajând astfel abordările comerciale în detrimentul siguranței pacientului.

Noua reglementare impune o standardizare a responsabilității indiferent de forma de finanțare sau statutul contractual cu casa de asigurări de sănătate, creând o presiune pozitivă pentru îmbunătățirea calității serviciilor oferite în sectorul privat.

Măsura propusă se aplică indiferent de statutul de asigurat sau de existența unui contract cu casa de asigurări de sănătate, ceea ce asigură uniformitate în aplicare.

În concluzie, prin transferul costurilor către unitățile private în caz de externări premature urmate de reinternare, se urmărește protejerea spitalelor publice de presiuni financiare nejustificate și se asigură un standard minim de calitate și continuitate a îngrijirii pentru toți pacienții, indiferent de locul în care accesează serviciile.

În acest sens, se propune completarea Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu art. 166¹.

În vederea aplicării dispozițiilor referitoare la recuperarea sumelor de la unitățile sanitare private în cazurile de reinternare sau transfer, se propune ca la nivelul spitalului public să se constituie prin decizia managerului spitalului o comisie de evaluare a cazurilor de reinternare/transfer din unități sanitare private, având ca atribuții analiza documentelor medicale aferente cazurilor reinternate/transferate și emiterea, dacă este cazul a unei propuneri fundamentate privind inițierea demersurilor de recuperare a sumelor. Metodologia de evaluare a cazurilor de reinternare/transfer din unități sanitare private se stabilește la nivelul fiecărei unități sanitare publice, iar concluziile evaluării sunt transmise către conducerea spitalului și către compartimentul juridic pentru inițierea, după caz, a procedurii de notificare/recuperare a creanței de la unitatea privată implicată.

Aplicarea corectă a acestei prevederi impune identificarea și documentarea riguroasă a cazurilor eligibile pentru recuperarea sumelor, ceea ce presupune un proces complex, care implică analiza detaliată a documentelor medicale și administrative. Stabilirea unei metodologii de evaluare la nivelul fiecărei unități sanitare publice permite adaptarea procedurilor la particularitățile structurale și organizatorice ale spitalului, specificul activității medicale desfășurate, resursele interne disponibile. Transmiterea

concluziilor comisiei către conducerea spitalului și compartimentul juridic oferă un cadru instituțional clar pentru declanșarea demersurilor de notificare, negociere sau acționare în recuperarea creanțelor. Astfel, sunt respectate principiile transparenței și responsabilității decizionale, este redus riscul unor acțiuni ilegale sau abuzive și se oferă o bază solidă în eventuale litigii sau negocieri cu unitățile private. Totodată, în cazul în care comisia apreciază că nu este necesar a se declanșa procesul recuperării sumelor, se evită acțiuni ce nu au suport justificat medical.

Furnizorii publici de servicii medicale spitalicești realizează o evidență distinctă a acestor cazuri și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală această evidență, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care au recuperat cheltuielile efective în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Măsura urmărește asigurarea transparenței și corectitudinii decontării serviciilor medicale prin evidențierea distinctă și raportarea periodică a cazurilor transferate sau reinternate.

- În vederea asigurării resurselor necesare intervenției în situații excepționale de sănătate publică, inclusiv a infrastructurii adecvate, se impune reglementarea spitalelor de importanță strategică care vor fi pregătite să asigure asistența medicală prin redimensionarea capacităților de intervenție medicală și existența unor stocuri de medicamente, dispozitive și materiale sanitare. Criteriile de încadrare în categoria spitalelor de importanță strategică precum și lista acestora se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

- Prin proiectul de act normativ se propune reglementarea clară a condițiilor necesare pentru înființarea și organizarea secțiilor de la nivelul spitalelor publice, pentru a asigura asistența medicală în condiții de eficacitate și în concordanță cu strategia Ministerului Sănătății.

- Pentru asigurarea unor condiții flexibile de asociere, se are în vedere constituirea de consorții medicale, indiferent de localizarea geografică a instituțiilor medicale sau de învățământ medical superior, astfel încât să faciliteze eficientizarea activităților de la nivelul spitalelor.

- Pentru îmbunătățirea managementului de la nivelul spitalelor publice se propun o serie de măsuri precum: introducerea posibilității conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, primarului unității administrativ-teritoriale, primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau senatului universității de medicină și farmacie, după caz, de a stabili indicatori specifici pentru evaluarea activității managerului, alături de indicatori de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății, stabilirea în cadrul contractului de management a programului de lucru și a condițiilor de desfășurare a activității de management;

- În vederea responsabilizării șefilor de secție, de laborator și de serviciu medical se propune ca aceste categorii de personal să încheie cu spitalul public un contract de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății, alături de indicatori specifici propuși de primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București sau președintele consiliului județean sau senatul universității de medicină și farmacie, în cazul spitalelor aparținând instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și autorităților din administrația publică locală.

- De asemenea, pentru creșterea implicării comitetului director în deciziile ce privesc administrarea spitalelor publice, se propune ca membrii comitetului director să participe la ședințele consiliului de administrație fără drept de vot, iar pentru asigurarea unei selecții adecvate a managerului public se propune ca printre atribuțiile consiliului de administrație să fie prevăzută aceea de stabilire a temei proiectului de management, în concordanță cu nevoile unității sanitare;

- Pentru eficientizarea cheltuielilor cu pregătirea rezidenților se propune ca spitalele private să nu mai primească finanțare pentru asigurarea drepturilor salariale ale rezidenților.

- Prin proiectul de act normativ se propune completarea art. 224 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât bolnavii neasigurați, diagnosticați cu tuberculoză sau SIDA, să beneficieze atât de servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, acordate în cadrul programelor naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, cât și de pachetul de servicii de bază prevăzut în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare ale acestuia, până la vindecarea respectivei afecțiuni.

Tuberculoza (TB) și infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV), care poate duce la SIDA, sunt boli transmisibile cu impact major asupra sănătății publice. Gestionarea acestor afecțiuni nu este doar o responsabilitate individuală, ci și una colectivă, întrucât netratarea acestora poate duce la răspândirea infecției în comunitate, la complicații severe, invaliditate sau chiar deces, precum și la costuri sociale și

economice ridicate. Prin urmare, este necesară asigurarea unui acces echitabil și complet la servicii medicale pentru toate persoanele diagnosticate cu aceste boli, inclusiv pentru cele neasigurate. În prezent, neasigurații beneficiază de servicii limitate în cadrul programelor naționale de sănătate, dar nu și de pachetul de servicii de bază prevăzut în contractul-cadru. Această modificare legislativă vine, așadar, ca o măsură necesară, rațională și responsabilă din punct de vedere medical, social și economic, adaptată la realitățile sistemului de sănătate și la obligațiile statului în gestionarea bolilor transmisibile.

- Începând cu semestrul II al anului 2023, structura fondului anual aprobat pentru asistența medicală primară a fost modificată astfel încât să aibă în vedere, pe lângă alocarea unor sume fixe medicilor de familie nou-veniți, pentru o perioadă limitată care le permite constituirea unei liste de pacienți și alocarea unui procent de 1% pentru plata pe performanță pentru unele servicii de prevenție, iar suma rămasă să fie împărțită în proporție de 35% pentru plata per capita și 65% pentru plata pe serviciu. Repartizarea fondurilor preponderent pentru plata serviciilor medicale acordate de medicii de familie, concomitent cu majorarea valorii în puncte a consultațiilor preventive, a permis creșterea substanțială a valorii punctului pe serviciu medical și implicit a tarifelor pe serviciu, cu premiza cointerесării medicilor de familie pentru acordarea de servicii medicale, în special cele destinate prevenției.

În urma analizei serviciilor raportate de medicii de familie, procentul de 35% repartizat pentru plata per capita, nu este susținut prin acordarea de consultații și servicii asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie. Din datele statistice analizate în anul 2024, din totalul consultațiilor acordate de medicii de familie un procent de aproximativ 7,5% se regăsesc în plata per capita. Pentru a menține plata per capita într-un procent apropiat de 35%, ar fi fost necesar să se demonstreze că 35% dintre consultații se raportează în plata per capita.

În ședința de Guvern din 29.11.2023 a fost aprobat Memorandumul cu tema: Aprobarea măsurilor și a Raportului de analiză și eficientizare a cheltuielilor publice în domeniul sănătății, memorandum prin care Guvernul României a aprobat reducerea ponderii plății per capita la 20% până în anul 2027.

În contextul celor mai sus prezentate, se propune completarea art. 261 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru reducerea treptată a ponderii plății per capita, în anul 2026, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical se propune a fi distribuit în proporție de 25% pentru plata per capita și 75% pentru plata pe serviciu medical, urmând ca, începând cu 1 ianuarie 2027, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical să se distribuie în proporție de 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata pe serviciu medical.

- Prin proiectul de act normativ se propune ca începând cu data de 1 ianuarie 2027, CNAS să desfășoare activități de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond și este instituția abilitată pentru colectarea și prelucrarea datelor în vederea contractării și decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, privind serviciile medicale spitalicești, furnizate asiguraților.

Prin măsura propusă se urmărește consolidarea capacității instituționale a CNAS prin reunirea, sub o singură autoritate, a atribuțiilor privind colectarea, prelucrarea, analiza și monitorizarea datelor referitoare la serviciile medicale spitalicești decontate din FNUASS. Totodată, se creează un flux unitar de date și decizie între colectarea datelor, analiza acestora și procesul efectiv de contractare și decontare a serviciilor și se evită redundanța instituțională și suprapunerile funcționale între CNAS și INMSS.

- Pentru a asigura continuitate în activitățile din domeniul tehnologia informației, având în vedere experiența și cunoștințele acumulate de personalul tehnic propriu încadrat în funcții publice, prin care s-a asigurat dezvoltarea sistemelor informatice componente ale PIAS – SIUI, SIPE, CEAS, DES și SIMSASS, este necesară motivarea și nediscriminarea specialiștilor tehnici proprii al căror nivel de salarizare aferent funcțiilor publice este inferior.

Astfel, se propune ca CNAS să poată încadra cu contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată, specialiști în tehnologia informației și comunicațiilor din personalul propriu, cu încadrarea în numărul de posturi și cu respectarea aceleiași metodologii reglementată în prezent pentru angajarea specialiștilor în tehnologia informației și comunicațiilor, potrivit art. 295 alin. (3) – (7) din Legea nr. 95/2006.

- Completarea art. 311 cu alin. (2) vizează reglementarea unitară, pentru toate domeniile de asistență medicală pentru care se acordă și se decontează servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, a sacțiunilor pentru situația în care constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale, medicamentele sau dispozitivele medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării sau, după caz, eliberării acestora. Noua reglementare urmărește consolidarea disciplinei contractuale și a responsabilității furnizorilor de servicii și produse medicale. Astfel, se protejează fondurile publice destinate sănătății și se descurajează raportările neconforme sau fictive. În prezent, lipsa unei prevederi clare care să stabilească expres consecințele absenței documentelor justificative la nivelul tuturor segmentelor de asistență medicală poate genera interpretări neuniforme și dificultăți în aplicarea măsurilor de control.

- Prin modificarea art. 330 din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, se propune mărirea duratei de valabilitate a cardului european de asigurări sociale de sănătate pentru anumite categorii de persoane asigurate, după cum urmează:

- 10 ani pentru asigurații care au împlinit vârsta de 65 de ani și sunt pensionari;
- Până la împlinirea vârstei de 18 ani, pentru asigurații: „copiii până la vârsta de 18 ani”,

în vederea reducerii cheltuielilor de administrare și funcționare a FNUASS. Modificarea propusă vizează categoriile de persoane care nu își pot schimba statutul de asigurat, respectiv persoanele fizice care au calitatea de pensionari și copiii până la 18 ani și are în vedere practica altor state europene precum Bulgaria și Polonia.

Pentru un număr de 12.545 persoane cu vârsta de 65 ani și peste pentru care au fost eliberate carduri europene valabile la data interogării bazei de date (iulie 2025) a fost cheltuită suma de 144.267,50 lei, iar pentru un număr de 122.269 copii cu vârsta sub 18 ani s-a cheltuit suma de 1.406.093,50 lei, prețul de tipărire al unui card european fiind de 11,5 lei. Având în vedere perioada de valabilitate de 2 ani a cardului european, estimăm o economie în bugetul FNUASS anuală de 775.180,5 lei.

- Prin soluția propusă la art. 381 alin. (3), se urmărește clarificarea cadrului legal al autonomiei medicale, asigurându-se adaptarea la realitățile actuale și responsabilitatea față de pacient, întrucât orice decizie trebuie să fie întemeiată pe dovezi științifice cu respectarea principiilor eticii și deontologiei profesionale.

Scopul alineatului (4) este de a asigura un cadru predictibil și controlabil pentru cheltuirea fondurilor publice destinate sănătății. Decontarea serviciilor și a prescripțiilor medicale trebuie să se realizeze exclusiv în conformitate cu pachetul de servicii și reglementările incidente prescripției de medicamente, pentru a asigura echitate între asigurați și responsabilitate în utilizarea fondurilor.

- Proiectul de act normativ cuprinde și introducerea unei noi reglementări pentru a asigura o abordare unitară, echitabilă și sustenabilă a accesului la tratamente inovative, evitând totodată exploatarea unor mecanisme judiciare de urgență (precum ordonanța președințială) într-un domeniu care presupune o analiză complexă și fundamentată medical, științific și financiar.

Astfel, o primă acțiune avută în vedere presupune instituirea unei reglementări cu privire la inadmisibilitatea ordonanței președințiale în cazul cererilor care au ca obiect asigurarea gratuită sau compensată ori decontarea medicamentelor sau, după caz, introducerea acestora 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate.

În concluzie, prin soluțiile pronunțate de instanțele de judecată în dosarele care au ca obiect ordonanțe președințiale, statul, prin instituțiile pârâte, este obligat la suportarea contravalorii tratamentelor cu medicamente care nu îndeplinesc condițiile de punere pe piață și comercializare în România (de multe ori nici la nivel european), în multe cazuri lipsindu-le studiile clinice necesare autorizării, studii ale căror costuri, potrivit legislației europene, ar trebui suportate în integralitate de către deținătorul medicamentului, în cazul de față fiind suportate de Statul Român.

Introducerea acestei reglementări nu afectează dreptul asiguraților la asistență medicală, pentru indicațiile terapeutice (afecțiunile) ale asiguraților reclamânți, în Lista de medicamente, aprobată prin HG

720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, există alternative terapeutice, Statul român, prin Ministerul Sănătății, CNAS și ANMDM asigurând pentru fiecare afecțiune medicamente adecvate și necesare, conform ghidurilor europene.

Având în vedere faptul că în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se acordă medicamente compensate și gratuite tuturor persoanelor asigurate, în condiții de utilizare eficientă a fondurilor alocate în bugetul FNUASS prin legile bugetare anuale, măsura are în vedere și evitarea astfel a situațiilor discriminatorii față de celelalte persoane asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, degrevând și instanțele de judecată.

Soluția care stabilește inadmisibilitatea cererilor de ordonanță președințială nu încalcă prevederile constituționale atâta timp cât respectă anumite principii esențiale prevăzute de Constituție, iar legiuitorul acționează în marja sa de reglementare. O asemenea prevedere nu este, în sine, contrară Constituției, având în vedere că:

- legiuitorul are libertatea de a stabili condițiile de exercitare a drepturilor procedurale. Conform art. 126 alin. (2) din Constituție, „*procedura de judecată este stabilită prin lege*”.

Astfel, legiuitorul poate reglementa cazuri de inadmisibilitate, inclusiv pentru procedura specială a ordonanței președințiale, fără a încălca Constituția, dacă nu suprimă dreptul de acces la justiție în ansamblu.

- potrivit art. 34 alin. (2) din Constituție, dreptul la sănătate nu este unul absolut, ci este condiționat de cadrul legal adoptat de Parlament și Guvern.

- în Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, care a dobândit forță juridică obligatorie între statele membre, printre drepturile și libertățile fundamentale ale omului se reafirmă dreptul la protecția sănătății, statuându-se în cuprinsul articolului 35, faptul că „*orice persoană are dreptul de acces la asistența medicală preventivă și de a beneficia de îngrijiri medicale în condițiile stabilite de legislațiile naționale*.”

- potrivit art. 21 din Constituție, accesul la justiție nu înseamnă acces nelimitat la orice tip de procedură. Dreptul de acces la justiție nu este absolut. Acesta poate fi supus unor condiții și limite rezonabile.

Dacă se prevede că ordonanța președințială este inadmisibilă într-un anumit context, acest lucru nu încalcă art. 21, atâta timp cât justițiabilul poate folosi alte căi procedurale.

- ordonanța președințială nu este o cale obișnuită de soluționare a fondului litigiului, ci este o procedură excepțională, cu caracter provizoriu și urgent, nu un drept constituțional în sine.

Așadar, limitarea accesului la această procedură specială nu echivalează cu negarea accesului la justiție (care rămâne deschis prin alte căi, inclusiv acțiunea de drept comun).

- în jurisprudența sa, Curtea Constituțională a stabilit că legiuitorul poate reglementa proceduri distincte și condiții speciale pentru diferite categorii de cereri, inclusiv măsuri provizorii. Astfel, nu există încălcare constituțională atâta timp cât măsura este justificată, proporțională și nu suprimă complet accesul la o instanță.

Mai mult decât atât, în Decizia nr. 485/23.06.2015, Curtea Constituțională „*a reținut, în esență, că accesul la justiție nu este un drept absolut, putând fi limitat prin anumite condiții de formă și de fond impuse de legiuitor, prin raportare la dispozițiile art. 21 din Constituție. Aceste condiționări nu pot fi acceptate dacă afectează dreptul fundamental în chiar substanța sa. Prin urmare, limitările aduse dreptului fundamental sunt admisibile doar în măsura în care vizează un scop legitim și există un raport de proporționalitate între mijloacele folosite de legiuitor și scopul urmărit de acesta (paragraful 25).*”

Mai mult, Curtea Constituțională a stabilit în mod consecvent că instituirea unor condiții procedurale - precum termene stricte, cerințe formale la cererea introductivă sau proceduri administrative prealabile nu contravine dreptului la acces la justiție, atâta timp cât accesul efectiv la instanță rămâne garantat. Aceasta rezultă, în special, din Deciziile nr. 462/2014 și 553/2018. Pe această bază, introducerea unor reguli specifice pentru cererile excepționale sau provizorii poate fi considerată constituțională, cu condiția păstrării căilor principale de atac și a raționalității dispozițiilor procedurale.

O a doua acțiune vizează implementarea unui mecanism prin care pacienții să poată avea acces la tratamentul recomandat care nu este inclus în Lista, fie pentru ca DAPP nu a îndeplinit condițiile de includere, fie ca acesta nu a cerut evaluarea medicamentului în vederea includerii, cu respectarea principiilor de eficiență, sustenabilitate și responsabilitate partajată, cu implicarea activă a tuturor actorilor relevanți – medic curant, DAPP, MS și CNAS. mecanismul urmează să fie detaliat prin hotărâre de Guvern elaborată de MS și CNAS. Totodată, pentru ca nevoile pacienților din România să fie acoperite se impune instituirea obligației în sarcina tuturor organismelor implicate în lanțul de distribuție a medicamentelor de

a asigura, în limitele responsabilităților lor, stocuri adecvate și continue din acel medicament către unități farmaceutice și persoanele juridice care au dreptul să furnizeze medicamente către public.

- Modificarea propusă pentru art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările și completările ulterioare, vizează decontarea lunară a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi în limita valorii contractate de respectivele unități sanitare pentru servicii de spitalizare de zi și are ca scop alinierea mecanismului de decontare a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi la principiile responsabilității bugetare și ale utilizării eficiente a fondurilor publice, în contextul economic actual marcat de constrângeri bugetare și de necesitatea realizării de economii la nivelul cheltuielilor din sistemul public. Totodată, această reglementare susține o mai bună planificare și monitorizare a serviciilor contractate, încurajând unitățile sanitare să își adapteze activitatea la resursele disponibile.

Măsura contribuie la creșterea predictibilității și sustenabilității financiare a sistemului de sănătate, fără a afecta accesul pacienților cu afecțiuni grave sau cu potențial de a periclita sănătatea publică la servicii medicale, întrucât se menține posibilitatea de decontare a serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi la nivel realizat pentru serviciile acordate pacienților diagnosticați cu tuberculoză sau SIDA, precum și pentru serviciile medicale acordate bolnavilor cu afecțiuni oncologice sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru asigurarea accesului acestor pacienți fără a condiționa tratamentul în funcție de valoarea de contract a furnizorului.

- Prin modificarea și completarea art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările și completările ulterioare, propusă prin proiectul de act normativ, se va realiza prioritizarea alocării resurselor financiare în cadrul domeniului de asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice pentru afecțiunile acute și cazurile justificate clinic. Concomitent se vor aloca resurse financiare pentru acordarea și decontarea la nivelul realizat a investigațiilor dedicate monitorizării pacienților cu afecțiuni oncologice. Accesul pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală la investigații de înaltă performanță - RMN, CT, scintigrafie și angiografie, recomandate prin utilizarea biletelor de tip Monitor, se va asigura prin decontarea la nivel realizat a acestora în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, o dată pe an/CNP.

Modificarea propusă are în vedere predictibilitatea în utilizarea fondurilor alocate asistenței medicale pentru specialități paraclinice, pentru investigațiile decontate peste valoarea de contract. Totodată, permite accesul mai rapid al pacienților cu afecțiuni acute la investigațiile necesare pentru diagnostic și tratament fără agravarea bolii sau plata acestora din fonduri proprii.

Se propune completarea art. XVIII din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 156/2024 în sensul majorării valorii punctului pe serviciu medical în ambulatoriul clinic de specialitate de la o valoare de 5 lei, la o valoare de 6,50 lei începând cu trim. IV al anului 2025, precum și completarea art. XXXII din Legea nr. 141/2025 în sensul majorării valorii punctului pe serviciu medical în ambulatoriul clinic de specialitate de la o valoare de 6,5 lei, la o valoare de 8 lei de la 1 ianuarie 2026, cu implicații asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum:

- reținerea medicilor specialiști în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- asigurarea consultațiilor și serviciilor la care au dreptul asigurații, inclusiv eliberarea prescripțiilor de medicamente și dispozitive medicale, biletelor de trimitere pentru alte specialități clinice, investigații, internări, îngrijiri la domiciliu, servicii de medicină fizică și de recuperare;
- asigurarea accesului pacienților la serviciile medicale cuprinse în Planul național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare;
- degrevarea spitalelor prin prezentarea pacienților direct la UPU/CPU, cu consum mare de resurse umane și financiare.

- În proiectul de act normativ, la art. IV, se reglementează obligația medicilor care își desfășoară activitatea la nivelul secțiilor/compartimentelor din spital de a acorda servicii medicale în ambulatoriul integrat al spitalului pentru minimum de o oră/zi în medie pe lună, raportat la un program de 35 de ore/săptămână. La calculul mediei lunare se au în vedere zilele lucrătoare și se exceptează zilele de concediu de odihnă și de concediu medical. Pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital pentru

un program de lucru reprezentând o fracțiune de normă, programul minim pentru consultații în ambulatoriul integrat se reduce în mod corespunzător

La prima constatare privind nerespectarea obligației medicilor de a acorda consultații în ambulatoriul integrat conform numărului minim de ore, acesta primește un avertisment scris, iar începând cu a doua constatare amendă de 20.000 lei.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital cu o jumătate de normă, programul minim se reduce în mod corespunzător.

Astfel, prin norma propusă, se dă eficiență dispozițiilor art. 2 alin. (3) din Ordinul ministrului sănătății nr. 39/2008 privind desfășurarea activității ambulatoriului integrat al spitalului, de către toți medicii, prin rotație, pentru a asigura creșterea accesului populației la serviciile medicale ambulatorii de specialitate, ceea ce conduce la scurtarea timpului de așteptare pentru consultații de specialitate, reducerea presiunii asupra internărilor nejustificate, optimizarea utilizării resurselor existente în spitalele publice.

Amenda de 20.000 lei, aplicată începând cu a doua constatare a nerespectării obligației, are ca scop asigurarea respectării măsurii, întrucât afectarea funcționării ambulatoriului integrat limitează accesul pacienților la servicii medicale decontate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

- Prin proiectul de act normativ, la art. V, se propune aplicarea unui coeficient de ajustare pozitivă pentru furnizorii publici de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, la valoarea contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate, față de furnizorii privați care oferă servicii similare, în aceleași condiții tehnice și de personal. Modalitatea de calcul a punctajului pentru resursele tehnice și de personal care stă la baza stabilirii valorii de contract este reglementată în Anexele nr. 19 și 20 la Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.

Sprijinirea furnizorilor publici, precum spitale județene, municipale sau centre de diagnostic, în menținerea și dezvoltarea capacității de diagnostic se justifică prin rolul complex pe care aceștia îl au, incluzând gestionarea urgențelor, tratarea cazurilor sociale, precum și acordarea de îngrijiri pacienților cronici sau cu patologie complexă. Acordarea unui coeficient de ajustare pozitivă recunoaște aceste responsabilități suplimentare, ajută la menținerea viabilității economice a unităților publice, susține continuitatea și stabilitatea rețelei publice de diagnostic. Furnizorii publici acoperă adesea zone unde rețeaua privată este slab reprezentată. Sprijinul financiar suplimentar consolidează capacitatea acestora de a răspunde cererii, permite extinderea programului, dotărilor sau personalului, asigură acces echitabil pentru pacienții din toate categoriile sociale, inclusiv în mediul rural sau în orașe mici.

- La data de 30 iunie 2025, casele de asigurări de sănătate aveau încheiate relații contractuale cu spitalele private pentru acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare continuă pentru 6.037 paturi, dintr-un total de 12.016 paturi aprobate în structura spitalelor private care au solicitat încheierea unei relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Aceste 6.037 de paturi reprezintă aproximativ 5,2% din totalul paturilor contractate (116.659) de casele de asigurări de sănătate la aceeași dată.

Propunerea de limitare a numărului de paturi pentru care se pot încheia contracte de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă cu furnizorii privați, până la data de 31 decembrie 2028, la nivelul paturilor contractate la data de 31 decembrie 2025, are în vedere protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident devenite necesare în cazuri acute, ce nu suferă amânare.

În consecință, măsura anterior menționată se aplică exclusiv pentru cazurile raportate în cadrul celor 6.037 paturi care se află sub incidența unui contract cu o casă de asigurări de sănătate. Pentru celelalte servicii medicale spitalicești acordate de spitalele private, precum și pentru spitalele private care nu au solicitat încheierea unui contract cu o casă de asigurări de sănătate, măsura nu se aplică. Totodată, limitarea numărului de paturi pentru care furnizorii privați pot încheia contracte de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, nu se aplică paturilor de îngrijiri paliative care, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 401/2023 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2023 - 2025, nu sunt incluse în numărul de 117.284 de paturi din Planul național de paturi.

Aceste măsuri vin în sprijinul asiguraților, cu respectarea dispozițiilor exprese ale articolului 219 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care reglementează:

“(1) Asigurațiile sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați.

(2) Obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt:

- a) protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident;
- b) asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.”

Așadar, măsura cu privire la limitarea numărului paturilor contractabile cu furnizorii privați prevăzută la art. VI din proiectul de act normativ, urmărește asigurarea accesului pacienților la servicii medicale fără plata unei contribuții personale, astfel încât asigurații care nu pot suporta contribuția personală să aibă asigurat accesul la furnizorii publici, să acceseze serviciile medicale la momentul nevoii și nu la un moment ulterior, fapt care ar conduce în mod direct la agravarea stării de sănătate a asiguratului, cu efecte pe termen lung asupra stării de sănătate a populației.

- La art. VII alin. (1)-(3) din proiectul de act normativ, se propune instituirea unei sancțiuni și recuperarea contravalorii serviciilor medicale în cazul în care structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate /caselor de asigurări de sănătate constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul de servicii medicale spitalicești nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii. Sancțiunea aplicată pentru prima abatere reprezintă o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, se recuperează contravaloarea acestor servicii, se exclude medicul în cazul căruia s-a constatat raportarea de servicii fictive din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru 36 luni și se sesizează Colegiul Medicilor din România în vederea revocării dreptului de liberă practică. La a doua abatere, se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, se recuperează contravaloarea acestor servicii, și se dispune excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 36 luni și, după caz, se sesizează Colegiul Medicilor din România în vederea revocării dreptului de liberă practică a medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea.

În perioada în care medicul este exclus din contractul încheiat de unitatea sanitară spitalicească cu casa de asigurări de sănătate, acesta nu poate desfășura activitate la niciun furnizor aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

În cazul dispunerii sancțiunilor de excludere din contractul cu casa de asigurări de sănătate a medicului, furnizorul are obligația să suporte contravaloarea serviciilor medicale spitalicești acordate pacienților internați pe secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea până la finalizarea episodului de boală al acestora, având în vedere faptul că bolnavii internați pe secția/compartimentul respectiv trebuie să fie tratați până la finalizarea episodului de internare, pentru asigurarea dreptului la sănătate garantat de Constituția României, iar cazurile respective nu pot fi raportate în vederea decontării către casele de asigurări de sănătate.

Aplicarea unor penalizări drastice pentru raportarea în vederea decontării a unor cazuri fictive este justificată prin necesitatea de a proteja integritatea sistemului de asigurări sociale de sănătate, de a preveni fraudă și de a garanta că fondurile publice sunt utilizate strict în interesul pacienților.

Măsura vizează descurajarea comportamentelor frauduloase prin introducerea unui set de sancțiuni clare, ferme și proporționale cu gravitatea faptelor. Dacă un furnizor de servicii medicale nu poate dovedi cu documente justificative, precum foi de observație, registre, fișe de tratament că a prestat serviciile raportate, acest lucru indică fie o lipsă gravă de documentare medicală, fie o raportare fictivă intenționată. Impunerea de sancțiuni financiare progresive și recuperarea contravalorii serviciilor nejustificate la nivelul secției stimulează respectarea obligațiilor de raportare corectă și completă. Excluderea medicului din contractul cu casa de asigurări pentru o perioadă de 6 luni, apoi de 36 de luni în cazul raportării de servicii fictive, este o măsură necesară pentru întărirea eticii profesionale, transmiterea unui semnal clar că astfel de comportamente sunt inacceptabile. Măsura nu afectează nedrept alți colegi sau instituția în ansamblu, ci individualizează răspunderea acolo unde a fost identificată abaterea.

Monitorizarea și controlul exercitării profesiei de medic se realizează, potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, de către Colegiul Medicilor din România, organizație care are obligația de a verifica și sancționa abaterile deontologice și profesionale. Astfel, sesizarea acestuia în cazuri dovedite de raportări fictive este justificată, deoarece o astfel de practică

reflectă abateri grave de la etica medicală putând conduce, după o evaluare independentă, la revocarea dreptului de liberă practică, în cazurile cele mai grave.

În proiectul de act normativ, la art. VII alin. (4) - (6), se propune reglementarea obligației furnizorilor publici și privați de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de medicamente și reactivi achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală, cât și în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fișe de evidență reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului.

Refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control documentele justificative anterior menționate se sancționează cu 20% din valoarea de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate. În situația în care organele de control sesizează neconcordanțe între medicamente achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizați(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.

Necesitatea reglementării se fundamentează pe necesitatea eliminării risipei sau raportării fictive. Obligația de a demonstra, prin documente, corelația directă între achiziții de medicamente și reactivi și serviciile medicale efectuate precum tratamente și analize, permite autorităților de control să identifice eventuale raportări fictive de servicii, consumuri nejustificate de materiale sau medicamente, posibile activități de deturnare a fondurilor către alte scopuri sau entități neautorizate. Solicitarea de documente precum certificate de conformitate CE, fișe de evidență, loturi, termene de valabilitate, permite verificarea calității produselor utilizate în tratamente și investigații, trasabilitatea medicamentelor și reactivilor în caz de incidente medicale sau reclamații, corelarea cu normele de bună practică și cu protocoalele medicale. Reglementarea se aplică uniform, indiferent dacă furnizorul este public sau privat, și acoperă inclusiv activitatea desfășurată în afara relației contractuale cu casa de asigurări. Sancțiunea de 20% din valoarea contractului în caz de refuz de a prezenta documentele justificative vizează descurajarea refuzului de control, menită să încurajeze cooperarea cu autoritățile de control. În cazul în care se constată neconcordanțe între achiziții și serviciile raportate, sesizarea instituțiilor abilitate este o măsură firească, întrucât există suspiciuni rezonabile privind posibile fapte de neregularitate, fraudă sau corupție. Aceasta demonstrează angajamentul autorităților pentru integritate și legalitate în cheltuirea banului public.

- La art. VIII din proiectul de act normativ, începând cu 1 octombrie 2025, sintagma „suma orientativă/medic specialist/lună” referitoare la asistența medicală dentară se propune a se înlocui cu sintagma „suma garantată/medic specialist/lună” în Legea nr. 141/2025, Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 156/2024, în Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 și în Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023.

Având în vedere faptul că sănătatea orală este un element de importanță deosebită pentru asigurarea stării de bine a asiguraților, în caz contrar, impactul negativ având repercursiuni asupra altor sisteme și organe precum sistemul digestiv și circulator, inclusiv asupra stării psiho-emoționale a acestora, este necesar a fi alocate fondurile corespunzătoare pentru servicii medicale stomatologice. În urma unei analize la nivelul CNAS, s-a constatat lipsa uniformității la nivel național în ceea ce privește sumele contractate la nivelul unor case de asigurări de sănătate fiind alocate sume mai mici de 6.000 lei pentru un medic specialist/lună cu ajustările în funcție de gradul profesional și sporul de zona pentru mediul rural. Pentru predictibilitate și stabilitate în finanțarea acestui domeniu de asistență, se propune reglementarea unei sume garantate/medic specialist/lună la nivel național având în vedere consecințele negative ale alocării unei sume orientative/medic specialist/lună la nivel național, asupra accesul unor pacienți la momentul nevoii la actul medical stomatologic.

- La art. X din proiectul de act normativ se reglementează o contribuție trimestrială temporară de solidaritate datorată de către deținătorii de autorizații de punere pe piață pentru medicamentele care fac obiectul contribuțiilor trimestriale reglementate la art. 1 și art. 12 din OUG nr. 77/2011, cu excepția medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, prin majorarea cu 1,7 puncte procentuale a procentelor de contribuții reglementate la art. 3⁸ alin. (4) și art. 12 alin. (11) respectiv cu 0,6 puncte procentuale a procentului reglementat la art. 3⁸ alin. (5) pentru o perioadă limitată cuprinsă între trimestrul IV 2025 și trimestrul IV 2026 inclusiv. Prin această masură vor crește veniturile încasate la FNUASS din contribuțiile trimestriale pentru medicamentele suportate din FNUASS și bugetul Ministerului Sănătății, venituri care vor fi utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru asigurarea continuității tratamentului cu medicamente incluse în programele naționale de sănătate și medicamente cu sau fără contribuție personală precum și asigurarea accesului asiguraților la medicamente noi inovative cu Decizii pozitive de includere în Lista de medicamente emise de ANMDMR urmare procesului de evaluare a tehnologiilor medicale.

- În prezent, spitalele publice finanțate din fonduri publice, în temeiul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, primesc sume aferente serviciilor medicale spitalicești, precum și sume reprezentând influențele financiare determinate de creșterile salariale pentru personalul propriu. Alocarea acestor influențe financiare se realizează în condițiile unor diferențe semnificative între spitale, atât în ceea ce privește ponderea lor în totalul veniturilor provenite din fonduri ale asigurărilor sociale de sănătate, cât și în raport cu ponderea în totalul cheltuielilor cu salariile. Lipsa unei metodologii unitare de calcul și distribuire a acestor sume poate conduce la dezechilibre în repartizarea fondurilor, afectând principiile de echitate, eficiență și corelare cu necesitățile reale ale fiecărui spital. Astfel, există riscul ca spitalele cu ponderi disproporționat de mari ale influențelor financiare să aibă o dependență crescută de aceste fonduri, fără a fi încurajată acordarea de servicii medicale pentru acoperirea nevoilor pacienților.

Prin adoptarea unei metodologii unitare, stabilită prin hotărâre a Guvernului, se urmărește instituirea unui cadru transparent și predictibil pentru acordarea influențelor financiare, corelarea alocărilor cu indicatori obiectivi. Asigurarea unei utilizări eficiente a fondurilor publice, evitând concentrarea disproporționată a resurselor umane în spitale care acordă puține servicii medicale creează premisele pentru plata în funcție de performanță a sectorului spitalicesc public din România.

Noua reglementare stabilește că metodologia va lua în considerare cel puțin următorii indicatori:

- a) ponderea cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor spitalului;
- b) ponderea influențelor financiare în totalul veniturilor spitalului provenite din contractul cu casa de asigurări de sănătate;
- c) ponderea influențelor financiare în totalul cheltuielilor salariale ale spitalului;
- d) indicatori obiectivi de activitate și performanță medicală, precum volumul și complexitatea serviciilor medicale, gradul de utilizare a capacității spitalului, eficiența utilizării resurselor sau, după caz, alte criterii relevante;
- e) raportarea sumelor alocate la disponibilitățile financiare reale ale Fondului și prioritățile strategice stabilite pentru finanțarea sistemului sanitar.

Metodologia va include, după caz, mecanisme specifice pentru unitățile sanitare publice care, prin natura specializării, complexitatea cazurilor tratate sau rolul strategic la nivel local, județean, regional ori național, se află într-o situație particulară ce justifică aplicarea unor criterii de alocare a fondurilor prin raportare la complexitatea și diversitatea activității unității sanitare, inclusiv programe naționale de sănătate, în vederea asigurării unei finanțări corespunzătoare corelate cu nevoia de servicii a asiguraților și gradul de adresabilitate al acestora

Indicatorii utilizați vor fi calculați pe baza datelor transmise de unitățile sanitare, lunar sau trimestrial, în vederea asigurării uniformității și comparabilității datelor.

2.4. Alte informații

– nu sunt

Secțiunea a 3-a

Impactul socioeconomic al actului normativ

3.1. Descrierea generală a beneficiilor și costurilor estimate ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ

Adoptarea prezentului act normativ are un impact pozitiv semnificativ asupra funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate, vizând creșterea accesului echitabil al pacienților la servicii medicale, responsabilizarea furnizorilor și utilizarea mai eficientă a fondurilor publice.

3.2. Impactul social

Adoptarea proiectului va conduce în principal la:

- creșterea accesului pacienților la servicii ambulatorii în sistemul public;
- reducerea presiunii asupra spitalizărilor nejustificate,
- creșterea calității actului medical și a transparenței față de pacient.

3.3. Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului

Proiectul de act normativ susține realizarea efectivă a drepturilor constituționale și legale ale pacienților în cadrul sistemului de sănătate.

3.4. Impact macro-economic

3.4.1 Impactul asupra economiei și asupra principalilor indicatori macroeconomici

3.4.2 Impactul asupra mediului concurențial și domeniul ajutoarelor de stat

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.5. Impact asupra mediului de afaceri

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.6. Impact asupra mediului înconjurător

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.7. Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.8. Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.9. Alte informații

- Nu sunt

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), inclusiv informații cu
privire la cheltuieli și venituri**

- în mii lei (RON) -

Indicatori	Anul curent	Următorii patru ani				Media pe cinci ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
4.1 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 d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)	Nu este cazul					
4.2. 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	Nu este cazul					

c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)						
4.3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					
4.4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
4.5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
4.6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
4.7. Prezentarea, în cazul actelor normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente: Nu este cazul.						
4.8. Alte informații – Prezentul proiect de act normativ are impact bugetar asupra bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după cum urmează: - Implementarea măsurii privind inadmisibilitatea ordonanțelor președințiale în materia cererilor care au ca obiect acordarea de medicamente gratuite suportate din bugetul FNUASS va avea un impact financiar pozitiv asupra FNUASS. - Impact financiar pozitiv vor avea și modificările aduse OUG nr. 77/2011 privind majorarea procentelor aferente contribuției trimestriale temporare de solidaritate datorată de deținătorii de autorizații de punere pe piață a medicamentelor, respectiv 228 milioane lei anual, însemnând 57 milioane lei trimestrial. Sumele vor fi încasate începând cu trimestrul I al anului 2026, întrucât măsura se aplică începând cu trimestrul IV 2025. - Creșterea valorii punctului pentru asistenta medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este o responsabilitate asumată prin Programul de guvernare, care va conduce pe termen scurt, mediu și lung la scăderea adresabilității pacienților la servicii medicale spitalicești mult mai costisitoare. Impactul financiar bugetar va fi de 252,6 milioane lei pentru trimestrul IV 2025.						
Secțiunea a 5-a Efectele proiectului actului normativ asupra legislației în vigoare						
5.1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor actului normativ - Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 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 – se modifică, - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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 – se modifică.						
5.2. Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
5.3. Conformitatea actului normativ cu legislația UE (în cazul actelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE). 5.3.1. Măsurile normative necesare transpunerii directivelor UE 5.3.2. Măsurile normative necesare aplicării actelor legislative UE Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.						
5.4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						
5.5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect						

5.6. Alte informații - Nu sunt.
Secțiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării actului normativ
6.1. Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative. Nu este cazul.
6.2. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate Nu este cazul.
6.3. Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale – Nu este cazul.
6.4. Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative - Nu este cazul.
6.5. Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi
6.6. Alte informații
Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea actului normativ
7.1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ În cazul prezentului act normativ sunt incidente prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată.
7.2. 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 - Nu este cazul.
Secțiunea a 8-a Măsurile privind implementarea, monitorizarea și evaluarea actului normativ
8.1. Măsurile de punere în aplicare a actului normativ
8.2. Alte informații - Nu sunt.

Fată de cele prezentate, a fost promovată prezenta Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății.

Ministrul sănătății

Alexandru Florin ROGOBETE



**Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
Horațiu Remus MOLDOVAN**

A stylized signature in blue ink, corresponding to the name Horațiu Remus MOLDOVAN.

Avizăm:

**Viceprim-ministru
Marian NEACȘU**

**Viceprim-ministru
Ministrul Afacerilor Interne,
Marian-Cătălin PREDOIU**

**Ministrul justiției,
Radu MARINESCU**

**Ministrul finanțelor,
Alexandru NAZARE**

**Ministrul apărării naționale,
Liviu - Ionuț MOȘTEANU**

**Ministrul transporturilor și infrastructurii
Ciprian-Constantin ȘERBAN**

**Ministrul Educației și Cercetării,
Daniel- Ovidiu DAVID**

**Ministrul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației
Attila-Zoltán CSEKE**

**Prim-adjunct al Directorului Serviciului Român de Informații
General Răzvan IONESCU (director interimar)**

**Directorul Serviciului de Informații Externe,
Gabriel VLASE**

**Președintele Academiei Române
Academician Ioan - Aurel POP**

**Directorul Serviciului de Telecomunicații Speciale
Ionel-Sorin BĂLAN**