



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL ADJUNCT

Nr. SG 766

11.09.2024

CĂTRE,

SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI
DOMNULUI SECRETAR GENERAL MIRCEA ABRUDEAN

Initiator: **Ministerul Sănătății**

Titlul proiectului: *Hotărâre a Guvernului privind modificarea și completarea anexei 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*

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 Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la rubrica Transparență decizională începând cu data de 19.08.2023, 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 adjunct

Dănuț Cristian Popa





GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind modificarea și completarea anexei 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

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I. – 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, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 14, alineatul (8) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(8) Preluarea unui praxis în alte condiții decât cele prevăzute la alin. (7) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă această preluare are ca rezultat înființarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condițiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.”

2. La articolul 15, alineatul (8) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(8) Pentru anul 2024, valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical se mențin la nivelul valorilor valabile în semestrul II al anului 2023.”

3. La articolul 23, alineatul (3), litera i) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(i) cabinetele medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale, înființate potrivit Titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.”

4. La articolul 35, alineatul (1²) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1²) Pentru trimestrul IV al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este de 5 lei.”

5. La articolul 72, după alineatul (3⁴), se introduc două noi alineate, alin. (3⁵) și (3⁶), cu următorul cuprins:

“(3⁵) Având în vedere prevederile art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023 privind punerea în aplicare a prevederilor art. IV din Ordonanța Guvernului nr. 26/2023 pentru modificarea art. 942 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și cu medicii de familie, acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a

constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

(3⁶) Decontarea serviciilor medicale paraclinice prevăzute la alin. (3⁵) se face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.”

6. La articolul 77, după alineatul (14) se introduc opt noi alineate, alin. (15) – (22) cu următorul cuprins:

“(15) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și cu medicii de familie, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat, conform programului de lucru asumat și declarat în actul adițional, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate de furnizori persoanelor asigurate pentru:

a) serviciile medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației;

b) serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

(16) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, prevăzut în norme.

(17) Actul adițional prevăzut la alin. (15) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară.

(18) Actul adițional prevăzut la alin. (15) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (15) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(19) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice prevăzute la alin. (15) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile medicale paraclinice, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(20) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu serviciile medicale acordate, raportate și validate conform normelor și tarifele corespunzătoare acestora.

(21) Furnizorii prevăzuți la alin. (15) au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (15).

(22) Pentru serviciile medicale paraclinice prevăzute la alin. (15), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

7. La articolul 108, litera n) se modifică și va avea următorul cuprins:

„n) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către

alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate persoanelor **asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar** casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

8. La articolul 110, literele b) și l) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“b) să deconteze unităților specializate private, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii, a listei certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme; să deconteze furnizorilor pe baza facturii, a documentelor justificative și a listei certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară, contravaloarea serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;

.....
l) să țină evidențe distincte pentru serviciile de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate de furnizori persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică.”

9. La articolul 113¹, alineatele (1) și (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ART. 113¹

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat acte adiționale pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

.....
(8) Pentru decontarea sumei corespunzătoare serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii transmit lunar în format electronic, până la termenul prevăzut în contract, documentele necesare decontării serviciilor furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.”

10. La articolul 153, după litera ab), se introduce o nouă literă, litera ac) cu următorul cuprins:

“ac) să respecte, la momentul eliberării din prescripțiile medicale a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1473/2018 pentru crearea cadrului de aplicare a prevederilor Regulamentului delegat (UE) 2016/161 al Comisiei din 2 octombrie 2015 de completare a Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului prin stabilirea de norme detaliate pentru elementele de siguranță care apar pe ambalajul medicamentelor de uz uman.”

11. La articolul 155, după litera o), se introduce o nouă literă, litera p) cu următorul cuprins:

“p) să aducă la cunoștința Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România nerespectarea de către furnizorii de medicamente a obligației prevăzută la art. 153 lit. ac) din prezenta hotărâre.”

12. La articolul 167, litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:

“f) să nu modifice prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare potrivit prevederilor art. 166 alin. (1) lit. i), cu excepția perioadei de contractare anuală organizată de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1); pentru perioada de aplicare a prevederilor art. I alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2023, cu modificările și completările ulterioare, în care prevederile art. 197 alin. (1) nu se aplică, furnizorii pot modifica o singură dată pe an prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare;”

Art. II. (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 octombrie 2024.

(2) Pentru trimestrul IV al anului 2024 suma orientativă/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național se menține la nivelul valorii valabile în primele trei trimestre ale anului 2024.

**PRIM-MINISTRU
Ion - Marcel CIOLACU**

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul proiectului de act normativ

HOTĂRÂRE

privind modificarea și completarea anexei 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

Secțiunea a 2-a

Motivul emiterii actului normativ

2.1 Sursa proiectului de act normativ:

- Hotărârea Guvernului nr. 754/2024 privind alocarea unei sume din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului, prevăzut în bugetul de stat pe anul 2024, pentru suplimentarea transferurilor din bugetul de stat către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Suma alocată prin actul normativ va permite în trimestrul IV al anului 2024 majorarea valorii punctului pe serviciu medical în asistența ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice de la 4,5 la 5 lei, menținerea valorilor punctelor „per capita” și pe serviciu în asistența medicală primară, precum și a valorii lunare pentru asistența medicală dentară. Astfel se asigură accesul neîntrerupt al pacienților la servicii medicale, dar și predictibilitatea financiară a activității furnizorilor de servicii medicale.

- necesitatea asigurării transportului sanitar neasistat pentru persoanele asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, și care au nevoie de consultație și efectuarea de investigații paraclinice în ambulatoriu pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică, în aplicarea prevederilor art. 2 alin. (1) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023 privind punerea în aplicare a prevederilor art. IV din Ordonanța Guvernului nr. 26/2023 pentru modificarea art. 942 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, potrivit căroră:

“ART. 2

(1) Persoanele prevăzute la art. 4 alin. (1) din Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de servicii medicale de prevenire, diagnostic și tratament al cancerului, de servicii de îngrijire, inclusiv îngrijiri paliative, de servicii conexe actului medical, cuprinse în Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România, în condițiile 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 și a normelor sale de aplicare, precum și în condițiile prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și a normelor tehnice de aplicare a acestora.”

2.2 Descrierea situației actuale

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, cu modificările și completările ulterioare, reglementează pachetul minimal de servicii, pachetul de servicii de bază, pachetul de servicii medicale acordate în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare și pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru

specialitățile paraclinice, în aplicarea art. 232 alin. (3[^]5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt prevăzute în anexa nr. 1 la hotărâre și Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prevăzut în anexa nr. 2 la hotărâre.

În asistența medicală primară, pentru semestrul I și trimestrul III al anului 2024, valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical se mențin la nivelul valorilor valabile în semestrul II al anului 2023.

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu medical, pentru trimestrul IV al anului 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4);
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în semestrul I și trimestrul III al anului 2024;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;
5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența dintre fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1 - 4, care se repartizează astfel:
 - a) 35% pentru plata per capita;
 - b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru semestrul I și trimestrul III al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023.

Pentru trimestrul IV al anului 2024, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) și suma destinată plății activității desfășurate în semestrul I și trimestrul III al anului 2024.

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, se acordă, după caz, prin:

- a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, organizat potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;
- e) unități sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;
- f) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică;
- g) cabinete de îngrijiri paliative organizate conform dispozițiilor legale în vigoare;
- h) societăți de turism balnear și de medicină fizică și de reabilitare, constituite potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind

organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003.

i) unități medicale mobile, respectiv caravane medicale, înființate potrivit Titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

În prezent, nu este prevăzută posibilitatea încheierii de către furnizorii de servicii medicale clinice și de către medicii de familie, de acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat sau pentru persoanele asigurate.

În aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat doar serviciile de transport sanitar neasistat acordate persoanelor asigurate, diagnosticate cu afecțiune oncologică, în timp ce serviciile de transport sanitar neasistat acordate persoanelor asigurate, cu suspiciune de afecțiune oncologică se decontează furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, cu încadrare în limita valorii de contract.

În prezent, la momentul eliberării din prescripțiile medicale a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, furnizorii de medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu au obligația respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1473/2018 pentru crearea cadrului de aplicare a prevederilor Regulamentului delegat (UE) 2016/161 al Comisiei din 2 octombrie 2015 de completare a Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului prin stabilirea de norme detaliate pentru elementele de siguranță care apar pe ambalajul medicamentelor de uz uman.

Furnizorii de dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pot modifica prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare în perioada de contractare anuală organizată de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare.

2.3 Schimbări preconizate

Prin proiectul de act normativ se propune reglementarea menținerii valorilor garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical în asistența medicală primară pentru trimestrul IV al anului 2024 la nivelul valorilor valabile în semestrul II al anului 2023, pentru asigurarea continuității acordării serviciilor medicale de către medicii de familie.

În condițiile diminuării veniturilor medicilor de familie, aceasta ar conduce la refuzul medicilor de a încheia acte adiționale la contractele de furnizare servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, și se identifică următoarele implicații:

- pacienții nu vor putea beneficia de drepturile conferite de calitatea de asigurat (consultații, prescripții, accesul la servicii din alte domenii de asistență medicală, cum ar fi investigații, internări, îngrijiri la domiciliu, medicină fizică și de recuperare);
- pacienții nu vor putea beneficia de măsurile reglementate pentru implementarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare;
- exodul medicilor de familie din sistemul sanitar;
- supraaglomerarea spitalelor prin prezentarea pacienților la UPU/CPU, cu implicații financiare suplimentare.

La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, se propune

o valoare garantată a punctului pe serviciu medical de 5 lei.

Norma propusă are în vedere faptul că pentru primele trei trimestre ale anului 2024 a fost reglementată menținerea valorii garantate a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice la nivelul valorilor valabile în semestrul II al anului 2023, succesiv prin Hotărârea Guvernului nr. 60/2024 pentru semestrul I al anului 2024, respectiv prin Hotărârea Guvernului nr. 687/2024, pentru trimestrul III al anului 2024, pentru asigurarea continuității acordării serviciilor medicale de către medicii cu specialități clinice. În aceste condiții, reprezentanții furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice au formulat obiecțiuni și au organizat numeroase proteste cu privire la menținerea valorii garantate a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice la nivelul de 4,5 lei.

Diminuarea veniturilor medicilor cu specialități clinice sau chiar menținerea acestora prin reglementarea menținerii pentru trimestrul IV al anului 2024 a valorii garantate a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice la nivelul de 4,5 lei, ar conduce la refuzul medicilor de a încheia acte adiționale la contractele de furnizare servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, cu implicații precum:

- pacienții nu vor putea beneficia de drepturile conferite de calitatea de asigurat (consultații, prescripții de medicamente și dispozitive medicale, bilete de trimitere pentru alte specialități clinice, investigații, internări, îngrijiri la domiciliu, medicină fizică și de recuperare);
- pacienții nu vor putea beneficia de măsurile reglementate pentru implementarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare;
- exodul medicilor de specialitate din sistemul sanitar;
- supraaglomerarea spitalelor prin prezentarea pacienților la UPU/CPU, cu implicații financiare suplimentare.

Având în vedere prevederile art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023, casele de asigurări de sănătate vor încheia cu furnizorii de servicii medicale clinice și cu medicii de familie, acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

Decontarea serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, acordate de medicii de specialitate și de medicii de familie persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, se face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și cu medicii de familie, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat, conform programului de lucru asumat și declarat în actul adițional, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate de furnizori persoanelor asigurate pentru:

a) serviciile medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației;

b) serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

Prin crearea posibilității efectuării serviciilor paraclinice necesare diagnosticării afecțiunii oncologice de către medicii de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate și medicii de familie ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, atât pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat cât și pentru asigurați (spre exemplu: ecografii), este scurtat traseul pacienților până la diagnosticare. Totodată, pentru asigurați,

În cazul în care serviciile medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, pot fi efectuate în regim ambulatoriu de către medicii de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate și medicii de familie, traseul monitorizării afecțiunii oncologice se scurtează.

Având în vedere că Titlul V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care reglementează asistența medicală mobilă, prevede trei tipuri de organizare a acestei asistențe, respectiv unități medicale mobile, caravane medicale și cabinete medicale mobile, pentru creșterea accesului populației la servicii de depistare precoce a cancerului de col uterin și cancer mamar, se propune ca în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice să se acorde și prin cabinete mobile.

În asistența medicală dentară, pentru trimestrul IV al anului 2024, se propune menținerea sumei orientative/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național la nivelul valorii valabile în primele trei trimestre ale anului 2024, pentru asigurarea continuității acordării serviciilor de medicină dentară de către medicii stomatologi; diminuarea veniturilor medicilor stomatologi ar conduce la refuzul acestora de a încheia acte adiționale la contractele de furnizare servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate cu restrângerea accesului la servicii stomatologice, mai ales pentru copii pentru care decontarea serviciilor se suportă de CAS în procent de 100%; în plus se agravează starea de sănătate a pacienților ce nu pot plăti din buzunar servicii stomatologice, conducând la necesitatea acordării de servicii de urgență în spitalizare continuă, mult mai costisitoare.

În aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate vor putea deconta furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, la nivel realizat, nu numai serviciile de transport sanitar neasistat acordate persoanelor asigurate, diagnosticate cu afecțiune oncologică, ci și serviciile de transport sanitar neasistat acordate persoanelor asigurate, cu suspiciune de afecțiune oncologică. Astfel, persoanelor asigurate, cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, vor putea beneficia de transportul dus-întors la ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau paraclinice pentru servicii necesare în vederea diagnosticului de afecțiune oncologică. Pentru claritate, s-a precizat că pentru decontarea serviciilor de transport sanitar neasistat acordate persoanelor cu afecțiune oncologică dar și celor cu suspiciune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, persoane care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, furnizorii vor prezenta și lista certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară.

La momentul eliberării din prescripțiile medicale a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, furnizorii de medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate vor avea obligația respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1473/2018 pentru crearea cadrului de aplicare a prevederilor Regulamentului delegat (UE) 2016/161 al Comisiei din 2 octombrie 2015 de completare a Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului prin stabilirea de norme detaliate pentru elementele de siguranță care apar pe ambalajul medicamentelor de uz uman. Această obligație se referă la verificarea și scoaterea din uz, la momentul eliberării prescripțiilor medicale din farmacie, a medicamentelor care prezintă elementele de siguranță care apar pe ambalajul medicamentelor de uz uman. Casele de asigurări de sănătate au obligația să aducă la cunoștința Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România nerespectarea de către furnizorii de medicamente a acestei obligații.

Furnizorii de dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate vor putea modifica prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare o singură dată pe an, pentru perioada de aplicare a prevederilor art. I alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2023, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere faptul că pentru această perioadă nu se organizează o

perioadă de contractare anuală de către casele de asigurări de sănătate, potrivit art. 197 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum este reglementat la art. XLIX, alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 31/2024 privind reglementarea unor măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative. Această măsură este necesară pentru asigurarea continuității acordării dispozitivelor medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în condițiile în care nivelul prețurilor de referință/sumelor de închiriere ale dispozitivelor medicale reglementate în normele metodologice de aplicare ale Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, nu reflectă creșterea costurilor de producție a dispozitivelor medicale conducând la riscul denunțării contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate de către furnizori.

Prin proiectul de act normativ este corectată totodată și o eroare materială cu privire la trimiterea de la art. 14 alin. (8) la condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pentru a putea face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate preluarea unui praxis, condiții care sunt reglementate la alin. (7) al articolului 14, și nu la alin. (6) al articolului 14.

2.4 Alte informații – nu este cazul

Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic

3.1 Descrierea generală a beneficiilor și costurilor estimate ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.2 Impactul social - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.3 Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.4 Impactul macroeconomic

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. Impactul asupra mediului de afaceri - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.6 Impactul 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

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 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:	Nu este cazul					

(i) impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuții de asigurări d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)							
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 c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)	Nu este cazul						
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 modificării veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul						
4.7 Prezentarea, în cazul proiectelor de acte normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente: Nu este cazul.							
4.8 Alte informații – Nu sunt.							
Secțiunea a 5-a Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare							
5.1 Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ - 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. - Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 563/2023 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special – se modifică.							
5.2 Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.							
5.3 Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația UE (în cazul proiectelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE). 5.3.1 Măsuri normative necesare transpunerii directivelor UE 5.3.2 Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE Proiectul de 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 asumate 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 proiectului de act normativ
6.1 Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative. Negocieri cu Colegiul Medicilor din România și Colegiul Farmaciștilor din România, precum și consultări cu organizațiile patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, conform dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
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 - se supune avizului Consiliului legislativ. b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi
6.6 Alte informații - Nu sunt.
Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ
7.1 Informarea societății civile cu privire la elaborarea proiectului de act normativ Potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se avizează de Ministerul Sănătății. Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 10.07.2024.
7.2 Informarea societății civile cu privire la eventualele impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice. Nu este cazul.
Secțiunea a 8-a Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea proiectului de act normativ
8.1 Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
8.2 Alte informații - Nu sunt.

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Hotărâre a Guvernului privind modificarea și completarea anexei 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.

Ministrul sănătății

Alexandru RAFILA



**Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
Valeria HERDEA**



Avizăm:

**Viceprim-ministru
Marian NEACȘU**

**Ministrul finanțelor,
Marcel-Ioan BOLOȘ**

**Ministrul justiției,
Alina-Ștefania GORGHIU**