



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SECRETAR GENERAL ADJUNCT

Nr. SG .....977

29.11.2024

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 23.10.2024, în vederea consultării publice, în condițiile Legii nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, cât și a consultării preliminară interinstituțională.

Cu deosebită stimă,

Secretar general adjunct

Dănuț Cristian Popa



## 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:

- Asigurarea continuității acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice și asistența medicală stomatologică în trimestrul I al anului 2025 pentru un acces neîntrerupt al pacienților la servicii medicale prespitalicești, dar și predictibilitatea financiară a activității furnizorilor de servicii medicale.
- Finanțarea corespunzătoare a complexității suplimentare a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensive.
- Eficientizarea alocării creditelor de angajament pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești, exclusiv persoanelor beneficiare ale Planului național pentru prevenirea și combaterea cancerului aprobat prin Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru accesul asiguraților la toate tipurile de servicii medicale spitalicești.

#### 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 valorile de punct în asistența medicală primară și în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice, până la 31 decembrie 2024.

În asistența medicală primară, 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.

Consultațiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraților de medicii de familie în primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie.

Serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 ianuarie a anului în curs, care depășesc limitele stabilite prin norme, și care nu sunt decontate potrivit celor anterior menționate sunt incluse în plata per capita, aferentă anului în curs.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru trimestrul IV al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este de 5 lei.

Consultațiile acordate asiguraților de medicii de specialitate cu specialități clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în

primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de specialitate cu specialități clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative desfășurate în luna decembrie.

În asistența medicală stomatologică, 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.

În prezent, la contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate au în vedere 95% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs. Diferența de 5% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, în condițiile prevăzute 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, cu modificările și completările ulterioare.

Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități (non DRG) aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă. În ceea ce privește situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare de zi și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu, este reglementat la nivelul Normelor 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, cu modificările și completările ulterioare, că pentru perioada în care un pacient are deschisă o fișă de spitalizare de zi - pe parcursul unei singure zile sau pe parcursul mai multor zile, acesta poate beneficia și de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale în ambulatoriu, respectiv în asistența medicală primară (pct. 9 de la Nota pentru litera B din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare).

În cazul în care, la nivelul furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu își desfășoară activitatea psihologi, între documentele solicitate de casa de asigurări de sănătate la contractare, se regăsește și atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.

La alineatul (2) al articolului 195 de la Capitolul XIII Dispoziții finale din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare este reglementat:

- Art. 195 alin. (2): “În cazul reorganizării furnizorilor de servicii medicale, medicamente și

dispozitive medicale, cu personalitate juridică, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția celor din asistența medicală primară, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate - pentru același domeniu/aceleași domenii de asistență medicală, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia.

Prin transfer parțial al activității medicale se înțelege transferul activității aferente unui/unor domeniu/domenii de asistență medicală, medicamente și dispozitive medicale.

Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.”

În prezent, îngrijiri paliative specializate se acordă potrivit pachetelor de servicii reglementate în anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, în ambulatoriul de specialitate, în regim de spitalizare și la domiciliu.

Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, cuprinde prevederi care reglementează transmiterea facturilor de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale către casele de asigurări de sănătate.

### **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 I al anului 2025 la nivelul valorilor valabile în anul 2024, 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.

Pentru coroborare, se reglementează că Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2024 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2025 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4), precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției și 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.

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, valabile pentru trimestrele II-IV ale anului 2025, fondul aprobat pentru trimestrele II-IV ale anului 2025 aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

2. 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;

3. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare pentru trimestrele II-IV ale anului 2025 și sumele prevăzute la pct. 1 și 2, care se repartizează astfel:

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

Pentru anul 2025, se propune eliminarea regularizării la 11 luni, prin care suma rămasă neconsumată în bugetul FNUASS alocată asistenței medicale primare se repartizează proporțional cu consultațiile realizate în timpul anului, care depășesc programul de lucru, pentru o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS.

La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, se propune o valoare garantată a punctului pe serviciu medical de 5 lei.

Pentru trimestrele II-IV ale anului 2025, 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 trimestrul I al anului 2025.

Norma propusă are în vedere necesitatea menținerii în trimestrul I al anului 2025 a valorii garantate a punctului pe serviciu în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și calculul valorii de punct pe serviciu valabilă pentru trimestrele II-IV ale anului 2025, pentru asigurarea continuității acordării serviciilor medicale de către medicii cu specialități clinice.

În condițiile diminuării veniturilor medicilor cu specialități clinice, 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 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.

Pentru anul 2025, se propune eliminarea regularizării la 11 luni, prin care suma rămasă neconsumată în bugetul FNUASS alocată asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialități clinice se repartizează proporțional cu consultațiile realizate în timpul anului, care depășesc programul de lucru, pentru o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS.

Pentru trimestrul I al anului 2025 suma orientativă/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național se menține la nivelul valorii valabile în anul 2024.

Norma propusă are în vedere necesitatea menținerii în trimestrul I al anului 2025 a sumei orientative/medic specialist/lună la nivel național la nivelul valorii valabile în anul 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.

Pentru domeniile de asistență medicală mai sus prezentate, calculul valorilor de punct și a sumei orientative/medic stomatolog/lună, pentru trimestrele II-IV ale anului 2025 se va realiza funcție de execuția bugetului FNUASS la Titlul II – Bunuri și Servicii și de sumele disponibile identificate sau alocate în bugetul FNUASS, care să asigure continuitate și stabilitate în acordarea serviciilor medicale necesare.

În asistența medicală spitalicească, se propune ca la contractarea serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate să aibă în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru anul în curs.

Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se va utiliza astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești;

b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă.

Condițiile pentru utilizarea procentului de 5% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor, respectiv a procentului de 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă, sunt detaliate în 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, cu modificările și completările ulterioare, pentru asigurarea supleții actului normativ în condițiile în care metodologia alocării acestor sume cuprinde termeni specifici măsurării complexității suplimentare a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă.

Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi vor fi cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical aferent spitalizării de zi, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare de zi și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu. Astfel, cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi vor fi decontate conform contractului încheiat de unitatea sanitară cu casa de asigurări de sănătate pentru servicii medicale ambulatorii de specialitate, doar dacă pacientul nu este internat în spitalizare de zi și doar dacă sunt acordate servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi.

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 încheie cu furnizorii de servicii medicale spitalicești care acordă doar servicii medicale în regim de spitalizare de zi și/sau în regim de spitalizare continuă, după caz, persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, contracte pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor acordate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, prevederile Capitolului VI 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, cu modificările și completările ulterioare, aplicându-se în mod corespunzător.

Norma propusă are în vedere situația unităților sanitare care acordă servicii medicale spitalicești, exclusiv persoanelor beneficiare ale Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru care nu este necesară încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale în asistența medicală spitalicească pentru alte tipuri de servicii medicale spitalicești. Astfel, creditele de angajament cu destinația servicii medicale spitalicești sunt utilizate de casele de asigurări de sănătate pentru contractarea acestor servicii non-oncologice cu alte unități sanitare spitalicești, asigurându-se eficientizare alocării bugetare cu impact pozitiv asupra accesului asiguraților la toate tipurile de servicii medicale spitalicești.

Pentru decontarea la nivel realizat a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, se are în vedere numărul maxim de cazuri ce pot fi realizate de unitățile sanitare cu paturi luând în calcul paturile contractate cu casele de asigurări de sănătate, precum și încadrarea în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului. Această reglementare este necesară pentru asigurarea calității serviciilor medicale spitalicești, cu respectarea volumului maxim de servicii medicale ce pot fi acordate în conformitate cu numărul de paturi contractat cu casa de asigurări de sănătate.

În cazul în care, la nivelul furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu își desfășoară activitatea psihologi care furnizează servicii psihologice asiguraților cu afecțiuni oncologice, între documentele solicitate de casa de asigurări de sănătate la contractare, se regăsește atât atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, cât și dovada formării complementare în psihooncologie, valabile la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.

La articolul 195 de la Capitolul XIII Dispoziții finale din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare se propune aplicarea condițiilor prevăzute la alin. (2) și în cazul în care, în urma reorganizării unui furnizor de servicii medicale aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale, rezultă o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care a preluat ca unică activitate, activitatea transferată.

Norma propusă are în vedere asigurarea continuității asiguraților care se adresează furnizorilor care au suferit un proces de transfer total sau parțial al activității medicale, rezultând o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care a preluat ca unică activitate, activitatea transferată.

Pentru toate domeniile de asistență medicală s-a clarificat modalitatea de transmitere a facturilor în vederea decontării, și anume, facturile se transmit conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare.

Având în vedere intrarea în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative prin modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, pentru asigurarea continuității acordării îngrijirilor paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi se reglementează:

- Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative până la data de 30 iunie 2025, pacienții pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi din pachetul de servicii de bază reglementat la anexa nr. 1 din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu beneficiază de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi în cadrul Programului național de îngrijiri paliative.

- Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate exclusiv pentru acordarea de îngrijiri paliative, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și furnizorii de servicii medicale

spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, încetează de drept.

- Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

- Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim de spitalizare de zi.

- Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim ambulatoriu.

- Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 30 iunie 2025, furnizorii acorda îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi atât în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, cât și în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

## 2.4 Alte informații

Având în vedere obiectivele Strategiei naționale de sănătate 2023 – 2030 aprobată prin H.G. nr. 1004/2023, care vizează inclusiv creșterea performanței și eficientizarea capacității de diagnostic, tratament și monitorizare în ambulatoriu, pentru a se acorda persoanelor asigurate serviciile necesare în mod rapid, accesibil și de calitate, cu reducerea timpilor de așteptare, deplasărilor inutile, limitarea serviciilor redundante, precum și a serviciilor de spitalizare evitabilă, se va avea în vedere de către instituțiile responsabile creșterea valorii punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, prin corelare cu bugetul aferent acestui domeniu de asistență medicală, care va fi aprobat prin Legea bugetului de stat pentru anul 2025.

### 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					7
<b>4.1 Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care:</b> 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					
<b>4.2 Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care:</b> 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					
<b>4.3 Impact financiar, plus/minus, din care:</b> a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					
<b>4.4 Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare</b>	Nu este cazul					
<b>4.5 Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare</b>	Nu este cazul					
<b>4.6 Calcule detaliate privind fundamentarea modificării veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare</b>	Nu este cazul					
<b>4.7 Prezentarea, în cazul proiectelor de acte normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente:</b> Nu este cazul.						
<b>4.8 Alte informații – Nu sunt.</b>						
<b>Secțiunea a 5-a</b>						
<b>Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare</b>						
<b>5.1 Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ</b> - 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.						
<b>5.2 Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</b>						
<b>5.3 Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația UE (în cazul proiectelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE).</b>						

<p><b>5.3.1</b> Măsuri normative necesare transpunerii directivelor UE</p> <p><b>5.3.2</b> Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p><b>5.4</b> Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p><b>5.5</b> Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente asumate</p> <p>Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p><b>5.6.</b> Alte informații</p>
<p><b>Secțiunea a 6-a</b></p> <p><b>Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ</b></p>
<p><b>6.1</b> Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative – Nu este cazul</p>
<p><b>6.2</b> Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate.</p> <p>Negocieri/consultări cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, Colegiul Farmaciștilor din România, precum și 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.</p>
<p><b>6.3</b> Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale. – Nu este cazul</p>
<p><b>6.4</b> Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative – Nu este cazul</p>
<p><b>6.5</b> Informații privind avizarea de către:</p> <p>a) Consiliul Legislativ - se supune avizului Consiliului legislativ.</p> <p>b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării</p> <p>c) Consiliul Economic și Social</p> <p>d) Consiliul Concurenței</p> <p>e) Curtea de Conturi</p>
<p><b>6.6</b> Alte informații - Nu sunt.</p>
<p><b>Secțiunea a 7-a</b></p> <p><b>Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</b></p>
<p><b>7.1</b> Informarea societății civile cu privire la elaborarea proiectului de act normativ</p> <p>În cazul prezentului act normativ sunt incidente prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată.</p> <p>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.</p> <p>Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 23.10.2024.</p>
<p><b>7.2</b> Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice - Nu este cazul.</p>
<p><b>Secțiunea a 8-a</b></p> <p><b>Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea proiectului de act normativ</b></p>
<p><b>8.1</b> Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p>
<p><b>8.2</b> Alte informații - Nu sunt.</p>

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**

*Astol*  
*29.11.2024*



**Președintele Casei Naționale  
de Asigurări de Sănătate**

**Valeria HERDEA**



**Avizăm:**

**Viceprim-ministru  
Marian NEACȘU**

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

**Ministrul justiției,  
Alina-Ștefania GORGHIU**

**Ministrul finanțelor,  
Marcel-Ioan BOLOȘ**

**Ministrul Apărării Naționale,  
Angel TÎLVĂR**

**Ministrul muncii și solidarității sociale  
Simona BUCURA-OPRESCU**

**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**



## 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 7, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

**2. La articolul 15, după alineatul (8) se introduc trei alineate, alin. (9) - (11), cu următorul cuprins:**

“(9) Pentru trimestrul I al anului 2025, valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical se mențin la nivelul valorilor valabile în anul 2024.

(10) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2024 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2025 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4), precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției și 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;

(11) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, valabile pentru trimestrele II-IV ale anului 2025, fondul aprobat pentru trimestrele II-IV ale anului 2025 aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

2. 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;

3. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare pentru trimestrele II-IV ale anului 2025 și sumele prevăzute la pct. 1 și 2, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical.”

**3. La articolul 16, alineatul (8) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(8) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

**4. La articolul 18, după alineatul (8) se introduce un nou alineat, alin. (9), cu următorul cuprins:**

“(9) Pentru anul 2025, prevederile alin. (4) și (6) nu se aplică.”

**5. La articolul 26, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**6. La articolul 35, după alineatul (1<sup>2</sup>) se introduce un nou alineat, alin. (1<sup>3</sup>), cu următorul cuprins:**

“(1<sup>3</sup>) Pentru trimestrul I al anului 2025, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este de 5 lei.”

**7. La articolul 35, după alineatul (5) se introduc două noi alineate, alin. (6) și alin. (7), cu următorul cuprins:**

“(6) Pentru anul 2025, prevederile alin. (3) nu se aplică.

(7) Pentru trimestrele II-IV ale anului 2025, 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 trimestrul I al anului 2025.”

**8. La articolul 43, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**9. La articolul 59, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format

electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**10. La articolul 74, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**11. La articolul 90, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (4<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:**

“(4<sup>1</sup>) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical aferent spitalizării de zi, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare de zi și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția situațiilor în care beneficiază de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare de zi și pentru cazurile pentru care sunt acordate servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi.”

**12. Articolul 91 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“ART. 91

(1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru anul în curs.

(2) Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;

b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă, în condițiile stabilite prin norme.”

**13. La articolul 92, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**14. La articolul 97<sup>2</sup>, după alineatul (8) se introduce un nou alineat, alineatul (9) cu următorul cuprins:**

“(9) Pentru decontarea la nivel realizat a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiuni oncologice, în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, se are în vedere numărul maxim de cazuri ce pot fi realizate de unitățile sanitare cu paturi luând în calcul paturile contractate cu casele de asigurări de sănătate, precum și încadrarea în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.”

**15. La articolul 108, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**16. La articolul 119, alineatul (1), litera m) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“m) atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, respectiv pentru psiholog/psihologi, precum și dovada formării complementare în psihooncologie, după caz, valabile la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.”

**17. La articolul 120, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**18. La articolul 123, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(4) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu transmite lunar factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, și raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, până la data prevăzută în contract.”

**19. La articolul 131, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**20. La articolul 134, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(2) Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite lunar factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, și raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate, copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu și documentele justificative privind activitățile realizate, până la data prevăzută în contract.”

**21. La articolul 142, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**

“b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

**22. La articolul 153, litera q) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„q) să depună/transmită electronic, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-

line; în vederea decontării, facturile se transmit conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;”

**23. La articolul 167, literele g) și o) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„g) să factureze lunar și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare. Documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, se transmit la casele de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, conform și în condițiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

o) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală copiile documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, documentele justificative, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați și să transmită facturile conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare;”

**24. La articolul 195, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (2<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:**

„(2<sup>1</sup>) Condițiile prevăzute la alin. (2) sunt aplicabile și în cazul în care, în urma reorganizării unui furnizor de servicii medicale aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale, rezultă o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care a preluat ca unică activitate, activitatea transferată.”

**ART. II**

Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale spitalicești care acordă doar servicii medicale în regim de spitalizare de zi și/sau în regim de spitalizare continuă, după caz, persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiuni oncologice, contracte pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor acordate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, prevederile Capitolului VI 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, cu modificările și completările ulterioare, aplicându-se în mod corespunzător.

**ART. III**

(1) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 30 iunie 2025, pacienții pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi din pachetul de servicii de bază reglementat la anexa nr. 1 din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu beneficiază de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi în cadrul Programului național de îngrijiri paliative.



(2) Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate exclusiv pentru acordarea de îngrijiri paliative, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și furnizorii de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, încetează de drept.

(3) Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim de spitalizare de zi.

(5) Începând cu data de 1 iulie 2025, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim ambulatoriu.

(6) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 30 iunie 2025, furnizorii pot acorda îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi atât în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, cât și în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

**Art. IV Pentru trimestrul I al anului 2025 suma orientativă/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național se menține la nivelul valorii valabile în anul 2024.**

**Art. V Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2025.**

**PRIM-MINISTRU  
Ion - Marcel CIOLACU**