



Nr. SG/981

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR GENERAL**

24.11.2025

Stimate domnule secretar general,

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 de hotărâre sus menționat, în vederea înscrierii pe agenda reuniunii pregătitoare, litera d).

Proiectul de act normativ este publicat pe site-ul Casa Națională de Asigurări de Sănătate la rubrica Transparență decizională începând cu data de **13 noiembrie 2025**, în vederea consultării publice, în condițiile Legii nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată, cât și a consultării preliminare interinstituțională.

Persoana în măsură să ofere relații cu privire la proiectul de act normativ este Elisabeth Brumă, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Direcția reglementări și norme de contractare, telefon 0372.309.289, e-mail: ela.bruma@cnas.gov.ro.

Cu deosebită considerație,

**SECRETAR GENERAL
GEORGETA BUMBAC**



**Domnului Ștefan – Radu OPREA
Secretar de stat
Secretariatul General al Guvernului**



GVERNUL 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 13, alineatele (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(4) Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajați ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 5 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază a cabinetului, prevăzută la alin. (1).

(5) Prevederile alin. (4) sunt aplicabile și cabinetelor medicale cu personalitate juridică, care desfășoară activitate în conformitate cu art. 1 alin. (5) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.”

2. În anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul (10) se introduc două noi alineate, alin. (11) și (12), cu următorul cuprins:

„(11) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, fondul aprobat pentru anul 2026 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 nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

3. 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;

4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2026 și sumele prevăzute la punctele 1 – 3;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2026 și sumele prevăzute la pct. 1 - 4, care se repartizează astfel:

a) 25% pentru plata per capita;

b) 75% pentru plata pe serviciu medical.

(12) Începând cu anul 2027, pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, fondul aprobat anual pentru asistența medicală primară 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 nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
3. 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;
4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la punctele 1 - 3.
5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la punctele 1 - 4, care se repartizează astfel:
 - a) 20% pentru plata per capita;
 - b) 80% pentru plata pe serviciu medical”.

3. La articolul 35, după alineatul (1³) se introduc două noi alineate, alin. (1⁴) și (1⁵), cu următorul cuprins:

„(1⁴) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 6,5 lei, potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare.

(1⁵) Începând cu data de 1 ianuarie 2027, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 8 lei, potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare.”

4. La articolul 66, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4) cu următorul cuprins:

„(4) În anul 2026, suma orientativă/medic specialist în asistența medicală stomatologică se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025, potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare.”

5. La articolul 71, alineatul (2), după litera e) se introduce o nouă literă, lit. f) cu următorul cuprins:

„f) structurile mobile din spitale, înființate potrivit prevederilor titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.”

6. În anexa nr. 2, la articolul 77, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Condițiile contractării și condițiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. La stabilirea sumei contractate se au în vedere criteriile privind repartizarea sumelor prevăzute în norme. La stabilirea sumei contractate cu unitățile sanitare publice pentru structurile care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu organizate în cadrul acestora, se va aplica un coeficient de ajustare pozitivă a punctajului obținut în urma aplicării criteriilor prevăzute în norme, față de furnizorii privați de servicii medicale paraclinice care acordă servicii medicale în aceleași condiții tehnice și de resurse umane.”

7. La articolul 84, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4) cu următorul cuprins:

„(4) Serviciile de spitalizare de zi care pot fi acordate prin asistența medicală mobilă organizată potrivit prevederilor titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se stabilesc în norme.”

8. După articolul 85 se introduce un nou articol, art. 85¹ cu următorul cuprins:

„Art. 85¹. – (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru numărul de paturi contractabile, cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății în conformitate cu Planul național de paturi.

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

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

9. În anexa nr. 2, la articolul 88, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:

„(3) Numărul maxim de servicii/ cazuri rezolvate de spitalizare de zi ce poate fi decontat se stabilește conform normelor, în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate, durata/vizită și numărul de paturi de spitalizare de zi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.”

10. La articolul 92, alineatul (1), după litera ah) se introduce o nouă literă, lit. ai), cu următorul cuprins:

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

11. La articolul 92, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Medicii, cu excepția șefilor de secție, care acordă servicii medicale într-o secție/compartiment dintr-un spital public, acordă în cadrul programului de lucru și consultații în ambulatoriul integrat, conform programului stabilit de managerul spitalului, la propunerea șefului de secție pentru maximum o oră/zi în medie pe lună, raportat la un program de 35 de ore/săptămână. La calculul mediei lunare se au în vedere zilele lucrătoare, fiind exceptate zilele de concediu de odihnă și zilele de concediu medical. Pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital cu un program de lucru mai mic de 35 de ore/săptămână, programul maxim pentru consultații în ambulatoriul integrat se reduce în mod corespunzător.”

12. La articolul 103, după alineatul (7) se introduc trei noi alineate, alin. (7¹) - (7³), cu următorul cuprins:

„(7¹) În cazul în care, pe perioada derulării contractului, structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate constată că pentru serviciile medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia/căruia s-a înregistrat abaterea, aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 6 luni și sesizarea Colegiului Medicilor din România, respectiv a colegiilor teritoriale, după caz, în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) la a doua constatare recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia/căruia s-a înregistrat abaterea, aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 36 luni și sesizarea Colegiului Medicilor din România în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(7²) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 92 alin. (1) lit. ai) se sancționează prin recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la valoarea totală de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate, situație în care nu sunt aplicabile prevederile art. 313 lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(7³) În cazul în care în perioada derulării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat de unitatea sanitară cu casa de asigurări de sănătate se constată nerespectarea obligației medicului prevăzută la art. 92 alin. (1¹), aceasta aplică următoarele sancțiuni:

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

13. În anexa nr. 2, la articolul 103, alineatele (8), (9), (11) și (12) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7³) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7³) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

.....
(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7³) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7³), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe furnizor.”

14. La articolul 103, după alineatul (12) se introduc două noi alineate, alin. (13) și (14), cu următorul cuprins:

„(13) În situația în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sesizează neconcordanțe între medicamentele achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționate conform

facturilor și utilizate în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.

(14) În perioada în care medicul este exclus din contractul încheiat de unitatea sanitară spitalicească cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (7¹), acesta nu poate desfășura activitate sub incidența unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la niciun furnizor de servicii medicale.”

15. Articolul 190 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 190. – (1) În sistemul de asigurări sociale de sănătate se pot acorda și deconta numai serviciile medicale, dispozitivele medicale și medicamentele cu și fără contribuție personală cuprinse în pachetele de servicii prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia. Medicamentele care se pot acorda și deconta în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme de la data implementării acesteia.”

16. La articolul 202, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (3) cu următorul cuprins:

„(3) În cazul în care se constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale, medicamentele sau dispozitivele medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării sau, după caz, eliberării acestora, se recuperează contravaloarea acestora.”

17. În anexa nr. 2, articolul 218 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 218 (1) Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, întocmite distinct și eliberate de medicii de familie, precum și de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate, care vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective, potrivit anexei nr. 2a la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2.168/502/2023 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările ulterioare.

(2) Efectuarea investigațiilor paraclinice prevăzute la alin. (1), necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1), necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

(4) Sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, cu contravaloarea investigațiilor paraclinice prevăzute la alin. (1) necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

(5) Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în

bugetul fondului, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

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

(7) Pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, se decontează, în cadrul monitorizării conform alin. (6), o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, într-un an calendaristic. Aceste persoane pot beneficia, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurrente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

(8) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (6), pentru care sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.”

18. În anexa nr. 2, articolul 219 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 219 (1) Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, contractate potrivit prevederilor capitolului VI, se decontează în limita valorii contractate de unitățile sanitare cu paturi pentru servicii de spitalizare de zi, cu respectarea condițiilor de raportare, validare și decontare astfel cum sunt acestea reglementate la capitolul VI.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), se decontează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat, serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi pentru următoarele categorii de persoane:

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

(3) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la alin. (2), pentru care sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate, furnizorii de servicii medicale spitalicești țin evidențe distincte.”

Art. II. - (1) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 31 decembrie 2026, 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 potrivit prevederilor anexei nr. 1 la 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 ianuarie 2027, 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 ianuarie 2027, 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 ianuarie 2027, 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 ianuarie 2027, 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 31 decembrie 2026, 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. III. – Prevederile art. I pct. 6, 9-14, 17 și 18 intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026.

**PRIM-MINISTRU,
ILIE GAVRIL BOLOJAN**

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 corelării prevederilor 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, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale Legii nr. 163/2025 pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății.

Intrarea în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative în anul 2026, prin modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, precum și a Ordinului președintelui CNAS nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.

2.2 Descrierea situației actuale

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, reglementează la art. 13 alin. (4) și (5) faptul că, pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicia angajați ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 10 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază cabinetului. Aceste reglementări privind programul pentru punctele secundare de lucru ale cabinetelor individuale, sunt aplicabile și unităților medico-sanitare cu personalitate juridică, care desfășoară activitate potrivit prevederilor art. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.

La nivelul asistenței medicale primare, art. 15 alin. (6) 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, reglementează că structura fondului anual aprobat pentru asistența medicală primară are în vedere alocarea unor sume fixe medicilor de familie nou-veniți, pentru o perioadă limitată reglementată, care le permite constituirea unei liste de pacienți, alocarea unui procent de 1% pentru plata pe performanță pentru realizarea unor ținte în acordarea unor servicii de prevenție, iar suma rămasă este alocată în proporție de 35% pentru plata per capita și 65% pentru plata pe serviciu.

La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, la art. 35 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, se reglementează modalitatea de stabilire a valorii garantate a unui punct pe serviciu medical, respectiv: "Pentru stabilirea 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).”. Pentru semestrul I și trimestrul III al anului 2024 valoarea punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice a fost menținută la nivelul valorii garantate a punctului pe serviciu medical valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv la valoarea de 4,5 lei/punct, potrivit *Hotărârii Guvernului nr. 60/2024 privind modificarea și completarea anexelor nr. 1 și 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023*, respectiv potrivit *Hotărârii Guvernului nr. 687/2024 privind modificarea și completarea Hotărârea Guvernului nr. 521/2023*. Prin *Hotărârea Guvernului nr. 1172/2024 privind modificarea și completarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023*, se reglementează pentru trimestrul IV al anului 2025 o valoare a punctului pe serviciu medical de 5 lei. Ulterior, pentru anul 2025, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este stabilită potrivit prevederilor art. XVIII alin. (1) din *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene*, și se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024.

La nivelul asistenței medicale stomatologice, la art. 66 alin. (3) din anexa nr. 2 la *Hotărârea Guvernului nr. 521/2023*, cu modificările și completările ulterioare, suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme. Articolul XVIII din *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024* reglementează la alin. (1) faptul că în anul 2025, suma orientativă/medic specialist în asistența medicală stomatologică se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv la o valoare de 6.000 lei/ medic specialist/lună. Articolul XXXII din *Legea nr. 141/2025*, cu modificările ulterioare, reglementează menținerea acestei sume orientative la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025.

În ceea ce privește tipurile de servicii medicale ce pot fi acordate prin asistență medicală mobilă, în *Hotărârea Guvernului nr. 521/2023*, cu modificările și completările ulterioare, posibilitatea de a acorda astfel de servicii în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate este prevăzută doar pentru furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, fiind enumerate între formele de organizare ale furnizorilor care pot acorda servicii ambulatorii clinice de specialitate și cabinetele medicale mobile, unitățile medicale mobile, respectiv caravanele medicale, înființate potrivit prevederilor titlului V¹ din *Legea nr. 95/2006*, republicată, cu modificările și completările ulterioare. 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*, este reglementat faptul că:

- serviciul medical în scop diagnostic-caz de *depistare precoce a cancerului de sân* – care cuprinde consultație chirurgie generală sau de obstetrică-ginecologie, efectuare mamografie digitală 2D, comunicare rezultat;

- serviciul medical în scop diagnostic-caz de *depistare precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic* care cuprinde consultație chirurgie generală sau de obstetrică-ginecologie, efectuare mamografie digitală 2D, senologie imagistică, comunicare rezultat;

- serviciul medical în scop diagnostic-caz de *depistare precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic* care cuprinde consultație chirurgie generală sau de obstetrică-ginecologie, efectuare mamografie digitală 2D, mamografie cu tomosinteză unilateral, senologie imagistică, comunicare rezultat;

- serviciul medical în scop diagnostic-caz de *depistare și diagnosticare precoce a leziunilor displazice ale colului uterin* care cuprinde consultații de obstetrică-ginecologie, testare infecție HPV, recoltare material cervico-vaginal, consultație de obstetrică-ginecologie pentru comunicarea rezultatului și consiliere privind conduita în funcție de rezultate;

- serviciul medical în scop diagnostic-caz de *depistare și diagnosticare precoce a leziunilor displazice ale colului uterin* care cuprinde consultații de obstetrică-ginecologie, testare infecție HPV, recoltare material cervico-vaginal, examen citologic Babeș-Papanicolau, consultație de obstetrică-ginecologie pentru comunicarea rezultatului și consiliere privind conduita în funcție de rezultate,

sunt servicii ce cuprind acte medicale ce pot fi acordate prin asistență medicală mobilă: consultațiile

de specialitate, efectuarea mamografiei digitale 2D, recoltarea de material cervico-vaginal, comunicarea rezultatului.

Modalitatea de stabilire a sumei contractate cu casa de asigurări de sănătate este identică pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice, indiferent de forma de proprietate.

În prezent, obligația respectării Planului național de paturi de către casele de asigurări de sănătate este reglementată la art. 188 lit. h) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, fără a se reglementa precizări cu privire la aplicarea Planului național de paturi în Capitolul VI din Contractul-cadru, capitol care reglementează Serviciile medicale în unități sanitare cu paturi. În ceea ce privește Planul național de paturi pentru perioada 2023-2025, acest este aprobat în prezent prin Hotărârea Guvernului nr. 401/2023, iar detalierea pe județe și pentru municipiul București a numărului total de paturi din unitățile sanitare publice și private pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, pentru anul 2025 este aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1554/2025. Planul național de paturi se aprobă prin hotărâre a Guvernului, fiind un plan multianual, în timp de detalierea pe județe, respectiv pentru municipiul București a numărului total de paturi se aprobă anual prin ordin al ministrului sănătății, cu acordul prealabil al ministrului dezvoltării, lucrărilor publice și administrației, respectiv al ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, care se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I. În prezent, Hotărârea Guvernului nr. 401/2023 prevede că numărul de paturi aprobate pentru pacienții care se află în executarea unei măsuri educative ori de siguranță privative de libertate, numărul de paturi din penitenciarele spital, precum și numărul de paturi pentru îngrijiri paliative se contractează separat, cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

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

În prezent, nu este reglementat un program maxim pentru acordarea consultațiilor în ambulatoriul integrat al spitalelor de către medicii care acordă servicii medicale într-o secție/compartiment dintr-un spital public.

La nivelul asistenței medicale primare, asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru specialitățile paraclinice, pentru medicina dentară, pentru servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, pentru consultații de urgență și transport sanitar neasistat, pentru îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu, în prezent, în cazul în care în perioada derulării contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita – în asistența medicală primară, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical – în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv pentru celelalte domenii de asistență medicală menționate, aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii. La a doua constatare se reziliază contractul cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a personalului medico-sanitar/medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora și se recuperează contravaloarea acestor servicii neefectuate. Această sancțiune nu este reglementată și

pentru unitățile medicale spitalicești.

La Capitolul XIV din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, respectiv Dispoziții pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, este reglementat faptul că, pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale.

La același capitol, în prezent, este reglementat faptul că pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

În 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.

2.3 Schimbări preconizate

Prin proiectul de act normativ sunt propuse reglementări de modificare a prevederilor art. 13 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere modificarea art. 75 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care reglementează posibilitatea cabinetelor de medicină de familie de a deschide cel mult două puncte secundare de lucru dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 5 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază. Modificarea prevederilor art. 13 alin. (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare vizează coroborarea dispozițiilor acestuia cu art. 75 alin. (8) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru corectitudinea trimiterii la art. 1 alin. (5) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, având în vedere faptul că art. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 a fost abrogat prin Ordonanța Guvernului nr. 9/2025.

La art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, se propune modificarea procentelor alocate plății per capita și pe serviciu, în aplicarea art. I pct. 17 din Legea nr. 163/2025 privind stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, respectiv 25% pentru plata per capita și 75% pentru plata pe serviciu medical în anul 2026, iar începând cu anul 2027, 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata pe serviciu medical. Astfel, se armonizează prevederile Contractului-cadru cu cele ale art. 261 alin. (1⁴) și (1⁵) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Reglementarea are în vedere și faptul că, în ședința de Guvern din 29.11.2023 a fost aprobat Memorandumul cu tema: Aprobarea măsurilor și a Raportului de analiză și eficientizare a cheltuielilor publice în domeniul sănătății, memorandum prin care Guvernul României a aprobat reducerea ponderii plății per capita la 20% până în anul 2027.

Repartizarea fondurilor preponderent pentru plata serviciilor medicale acordate de medicii de familie, concomitent cu majorarea valorii în puncte a consultațiilor preventive, permite creșterea substanțială a valorii punctului pe serviciu medical și implicit a tarifelor pe serviciu, cu premiza cointeresării medicilor de familie pentru acordarea de servicii medicale, în special cele destinate prevenției.

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

La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, se impune armonizarea prevederilor art. 35 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere faptul că reglementările art. VII din Legea nr. 163/2025 modifică reglementările articolului XXXII din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 25 iulie 2025, cu modificările ulterioare. Astfel, începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice este de 6,5 lei, iar începând cu data de 1 ianuarie 2027, această valoare crește la 8 lei.

La nivelul asistenței medicale stomatologice, articolul XXXII din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, astfel cum a fost modificat prin Legea nr. 163/2025, reglementează faptul că, în anul 2026, suma orientativă/medic specialist în asistența medicală stomatologică se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025. Prin urmare, se impune reglementarea și la nivelul Contractului-cadru a unei prevederi care să reglementeze că, în anul 2026, suma orientativă/medic specialist în asistența medicală stomatologică se menține la acest nivel.

În ceea ce privește tipurile de servicii medicale ce pot fi acordate prin asistență medicală mobilă, se propune completarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu reglementări care să permită efectuarea de servicii medicale paraclinice și în regim de spitalizare de zi, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate și de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, urmând ca în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, să se indice în cadrul fiecărui pachet de servicii medicale, care dintre serviciile din listă ar putea fi realizate de structuri înființate potrivit prevederilor titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Aceste reglementări au în vedere extinderea accesului pacienților din zone izolate și greu accesibile pentru care suma necesară deplasării la furnizorii de servicii medicale este o povară financiară, la servicii acordate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate precum cele de spitalizare de zi, consultații și proceduri diagnostice și terapeutice furnizate de medici specialiști, investigații paraclinice, servicii medicale în scop diagnostic-caz.

În aplicarea art. IV din Legea nr. 163/2025, se propune aplicarea unui coeficient de ajustare pozitivă pentru furnizorii publici de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, la valoarea contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate, față de furnizorii privați care oferă servicii similare, în aceleași condiții tehnice și de personal. Având în vedere faptul că, furnizorii publici de servicii medicale au costuri mai mari, obligații mai extinse inclusiv acoperă urgențele, cazurile sociale și pacienții greu accesibili și cronici este necesară acordarea unui coeficient de ajustare pozitivă. Acordarea unui coeficient de ajustare pozitivă recunoaște aceste responsabilități suplimentare, ajută la menținerea viabilității economice a unităților publice, susține continuitatea și stabilitatea rețelei publice de diagnostic. Sprijinul financiar suplimentar consolidează capacitatea acestora de a răspunde cererii, permite extinderea programului, dotărilor sau personalului, asigură acces echitabil pentru pacienții din toate categoriile sociale, inclusiv în mediul rural sau în orașe mici.

La Capitolul VI din Contractul-cadru, capitol care reglementează Serviciile medicale în unități sanitare cu paturi, la Secțiunea 1 Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească, se propune reglementarea încheierii de contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești de către casele de asigurări de sănătate pentru numărul de paturi contractabile, cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății în conformitate cu Planul național de paturi. Această reglementare nu este una nouă, fiind completată de norma aprobată prin Legea nr. 163/2025, potrivit căreia până la data 31 decembrie 2028 casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în limita procentului reprezentat de numărul de paturi contractate cu acești furnizori la data de 31 decembrie 2025, din totalul numărului de paturi contractabile la nivelul fiecărui județ, respectiv al municipiului București.

Decontarea lunară a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi în limita valorii contractate de respectivele unități sanitare pentru servicii de spitalizare de zi are ca scop alinierea mecanismului de decontare a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi la principiile responsabilității bugetare și ale utilizării eficiente a fondurilor publice, în contextul economic actual marcat de constrângeri bugetare și de necesitatea realizării de economii la nivelul

cheltuielilor din sistemul public. Totodată, această reglementare susține o mai bună planificare și monitorizare a serviciilor contractate, încurajând unitățile sanitare să își adapteze activitatea la resursele disponibile. Măsura contribuie la creșterea predictibilității și sustenabilității financiare a sistemului de sănătate, fără a afecta accesul pacienților cu afecțiuni grave sau cu potențial de a periclita sănătatea publică la servicii medicale, întrucât se menține posibilitatea de decontare a serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi la nivel realizat pentru serviciile acordate pacienților diagnosticați cu afecțiuni cuprinse în Programele naționale de sanatate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscriși în program, pentru pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA, precum și pentru serviciile medicale acordate bolnavilor cu afecțiuni oncologice sau cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru asigurarea accesului acestor pacienți fără a condiționa tratamentul în funcție de valoarea de contract a furnizorului.

Astfel, decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi se face la nivel realizat pentru pacienți înscriși în Programele naționale de sanatate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscriși în program, în vederea acordării și administrării medicamentelor, materialelor sanitare, serviciilor medicale, serviciilor conexe, dispozitivelor medicale și alte asemenea, după caz, cu respectarea protocoalelor terapeutice astfel încât să nu le fie afectată starea de sănătate și, obiectivele de conduită terapeutică să fie atinse. În caz contrar, sumele alocate Programelor naționale de sănătate nu ar fi utilizate în mod eficient. În ceea ce privește decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, aceasta se face la nivel realizat pentru persoanele asigurate și persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, reglementarea are în vedere corelarea cu dispozițiile art. 5 alin. (2) din Legea nr 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare. Se are în vedere asigurarea unor servicii medicale de calitate, furnizate într-un cadru organizat și sigur, astfel încât sistemul de decontare să devină mai echitabil, mai transparent și mai orientat către pacient.

Totodată, se aduc clarificări cu privire la numărul maxim de servicii medicale de spitalizare de zi ce poate fi decontat, număr care se stabilește în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate, durata/vizită și numărul de paturi de spitalizare de zi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Prin proiectul de act normativ se propune reglementarea obligației furnizorilor de servicii medicale spitalicești de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a documentelor justificative și a actelor de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul național de asigurări sociale de sănătate, precum și a documentelor justificative din care să rezulte corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și în afara relației contractuale. Refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control documentele justificative anterior menționate se sancționează cu 20% din valoarea de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate. În situația în care organele de control sesizează neconcordanțe între medicamente achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizați(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.

Necesitatea reglementării se fundamentează pe necesitatea eliminării risipei sau raportării fictive. Obligația de a demonstra, prin documente, corelația directă între achiziții de medicamente și reactivi și serviciile medicale efectuate precum tratamente și analize, permite autorităților de control să identifice eventuale raportări fictive de servicii, consumuri nejustificate de materiale sau medicamente, posibile activități de deturnare a fondurilor către alte scopuri sau entități neautorizate. Solicitarea de documente precum certificate de conformitate CE, fișe de evidență, loturi, termene de valabilitate, permite verificarea calității produselor utilizate în tratamente și investigații, trasabilitatea medicamentelor și reactivilor în caz de incidente medicale sau reclamații, corelarea cu normele de bună practică și cu protocoalele medicale. Reglementarea se aplică uniform, indiferent dacă furnizorul este public sau privat, și acoperă inclusiv activitatea desfășurată în afara relației contractuale cu casa de asigurări. Sancțiunea de 20% din valoarea contractului în caz de refuz de a prezenta documentele justificative

vizează descurajarea refuzului de control, menită să încurajeze cooperarea cu autoritățile de control. În cazul în care se constată neconcordanțe între achiziții și serviciile raportate, sesizarea instituțiilor abilitate este o măsură firească, întrucât există suspiciuni rezonabile privind posibile fapte de neregularitate, fraudă sau corupție. Aceasta demonstrează angajamentul autorităților pentru integritate și legalitate în cheltuirea banului public.

În vederea corelării prevederilor H.G. nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu prevederile art. III din Legea nr. 163/2025, se reglementează că medicii, cu excepția șefilor de secție, care acordă servicii medicale într-o secție/compartiment dintr-un spital public, acordă în cadrul programului de lucru și consultații în ambulatoriul integrat, conform programului stabilit de managerul spitalului, la propunerea șefului de secție pentru maximum o oră/zi în medie pe lună, raportat la un program de 35 de ore/săptămână. La calculul mediei lunare se au în vedere zilele lucrătoare, fiind exceptate zilele de concediu de odihnă și zilele de concediu medical. Pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital cu un program de lucru mai mic de 35 de ore/săptămână, programul maxim pentru consultații în ambulatoriul integrat se reduce în mod corespunzător. În mod corelativ, pentru nerespectarea acestei obligații sunt reglementate sancțiuni, în aplicarea dispozițiilor exprese ale art. III alin. (2) din Legea nr. 163/2025, respectiv avertisment scris la prima constatare, iar, începând cu a doua constatare, se aplică o amendă în cuantum de 20.000 lei.

Se propune reglementarea de sancțiuni aplicabile în cazul în care în perioada derulării contractului de furnizare a serviciilor medicale spitalicești, se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, pentru coroborare cu prevederile art. VI alin. (1) din Legea nr. 163/2025. Totodată, se propun sancțiuni pentru nerespectarea obligației furnizorilor de servicii medicale spitalicești de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a documentelor justificative și actelor de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul național de asigurări sociale de sănătate, precum și documentelor justificative din care să rezulte corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și în afara relației contractuale, pentru coroborare cu prevederile art. VI alin. (4) din Legea nr. 163/2025.

În ceea ce privește modalitatea de recuperare a sumelor provenite din aplicarea sancțiunilor aferente noilor obligații instituite, aceasta este concepută în concordanță cu mecanismele deja reglementate pentru sancțiunile aflate în vigoare. Prin menținerea aceluiași proceduri se asigură coerența cadrului normativ, predictibilitatea pentru furnizorii de servicii medicale și eficiența administrativă în procesul de recuperare a sumelor datorate. Totodată, această abordare permite o aplicare unitară a dispozițiilor legale, fără a genera sarcini administrative suplimentare pentru structurile cu atribuții în monitorizarea și controlul respectării obligațiilor contractuale.

Pentru punerea în aplicare a art. I pct. 24 din Legea nr. 163/2025, se propune modificarea art. 190 din anexa nr. 2 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât să se precizeze faptul că în sistemul de asigurări sociale de sănătate se pot acorda și deconta numai serviciile medicale, dispozitivele medicale și medicamentele cu și fără contribuție personală cuprinse în pachetele de servicii prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia. Medicamentele care se pot acorda și deconta în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Această modificare are în vedere corelare cu articolul 381 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

La Capitolul XIII, Dispoziții finale, se propune la articolul 202, în aplicarea art. I pct 21 din Legea nr. 163/2025, introducerea unui nou alineat, prin care să se reglementeze faptul că, în cazul în care se

constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale, medicamentele sau dispozitivele medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării sau, după caz, eliberării acestora, se recuperează contravaloarea acestora.

Propunerea urmărește asigurarea unui tratament unitar și coerent pentru toate tipurile de servicii decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate. Lipsa documentelor justificative reprezintă un risc major de decontări nelegale și de utilizare inefficientă a fondurilor publice. În acest context, stabilirea expresă a obligației de recuperare a contravalorii acestor servicii, medicamente sau dispozitive medicale, contribuie la consolidarea disciplinei financiare și la creșterea transparenței în utilizarea resurselor. De asemenea, măsura propusă asigură previzibilitate și claritate în relația contractuală dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate, prin consacrarea unui mecanism general, aplicabil indiferent de tipul de furnizor sau de natura serviciului medical. Aceasta vine în completarea sancțiunilor deja existente, fără a le înlocui, creând un cadru normativ mai robust și mai eficient pentru prevenirea și combaterea raportărilor nejustificate.

Urmare a aprobării proiectului de act normativ se va realiza prioritizarea alocării resurselor financiare în cadrul domeniului de asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice pentru afecțiunile acute și cazurile justificate clinic, în aplicarea dispozițiilor exprese ale art. II pct. 2 și 3 din Legea nr. 163/2025. Concomitent se vor aloca resurse financiare pentru acordarea și decontarea la nivelul realizat a investigațiilor dedicate monitorizării pacienților cu afecțiuni oncologice. Accesul pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală la investigații de înaltă performanță - RMN, CT, scintigrafie și angiografie, recomandate prin utilizarea biletelor de tip Monitor, se va asigura prin decontarea la nivel realizat a acestora în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, o dată pe an/CNP. Modificarea propusă are în vedere predictibilitatea în utilizarea fondurilor alocate asistenței medicale pentru specialități paraclinice, pentru investigațiile decontate peste valoarea de contract. Totodată, permite accesul mai rapid al pacienților cu afecțiuni acute la investigațiile necesare pentru diagnostic și tratament fără agravarea bolii sau plata acestora din fonduri proprii. Pentru toate investigațiile decontate peste valoarea de contract, furnizorii vor ține evidențe distincte.

Având în vedere faptul că, în prezent, nu a fost implementat Programul 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 31 decembrie 2026, 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 ianuarie 2027, 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 ianuarie 2027, 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 ianuarie 2027, 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 ianuarie 2027, 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 31 decembrie 2026, 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.

Având în vedere faptul că Programul național de îngrijiri paliative nu a fost implementat în prezent, pentru a nu îngrădi accesul persoanelor asigurate la îngrijiri paliative, se reglementează o perioadă tranzitorie până la data de 31 decembrie 2026, care să permită încheierea unui număr suficient de contracte în cadrul Programului național de îngrijiri paliative. În această perioadă tranzitorie 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 acordate în cadrul noului program de sănătate curativ.

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	Nu este cazul					

(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)						
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.						
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 – Nu este cazul.
6.2 Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate. – Nu este cazul.
6.3 Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale – Nu este cazul.
6.4 Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative – Nu este cazul
6.5 Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ - 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 În cazul prezentului act normativ sunt incidente prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată, având în vedere faptul că reglementările propuse vizează armonizarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare cu cele al Legii nr. 163/2025 pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății. 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 13.11.2025.
7.2 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.
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 Florin ROGOBETE



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



Avizăm:
Viceprim-ministru
Marian NEACȘU

Viceprim-ministru
Ministrul Afacerilor Interne,
Marian-Cătălin PREDOIU

Viceprim-ministru
Ministrul Apărării Naționale,
Liviu-Ionuț MOȘTEANU

Ministrul justiției,
Radu MARINESCU

Ministrul finanțelor,
Alexandru NAZARE

Ministrul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației
Attila-Zoltán CSEKE

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

Directorul Serviciului de Informații Externe,
Gabriel VLASE

Președintele Academiei Române
Academician Ioan-Aurel POP

Directorul Serviciului de Telecomunicații Speciale
Ionel-Sorin BĂLAN