



GVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

**privind modificarea și completarea 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**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I. – 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 1, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 1

(1) Se aprobă pachetele de servicii, respectiv pachetul minimal de servicii, pachetul de servicii de bază, pachetul de servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, și pachetul de servicii acordate în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) și (3⁶) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt prevăzute în anexa nr. 1.”

2. La anexa nr. 1, Capitolul I, litera A, la punctul 1, subpunctul 1.5, se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.5. Activitățile de suport

Activitățile de suport sunt reprezentate de următoarele documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;

b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului.

Acestea includ examinarea pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, în condițiile stabilite prin norme.

c) bilete de trimitere pentru persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, eliberate în vederea confirmării afecțiunii oncologice;

d) bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice recomandate în cadrul consultațiilor preventive prevăzute la pct. 1.2 subpct. 1.2.1, 1.2.3, 1.2.6 și 1.2.7.

e) biletele de trimitere în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.”



3. La anexa nr. 1, Capitolul I, litera A, punctul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru tratamentul prescris de medicii de familie, costurile altor activități de suport, altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5, precum și pentru investigațiile paraclinice recomandate, cu excepția serviciilor recomandate prin biletele de trimitere prevăzute la pct. 1.5 lit. c) – e).”

4. La anexa nr. 1, Capitolul I, litera B, punctul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru tratamentul prescris de medicii de specialitate și pentru serviciile medicale și dispozitivele medicale recomandate de medicii de specialitate, cu excepția investigațiilor paraclinice acordate în ambulatoriu pentru confirmarea afecțiunii oncologice și pentru testarea pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, precum și a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care medicii de specialitate eliberează bilete de trimitere.”

5. La anexa nr. 1, Capitolul II, litera B, la punctul 1, după primul subpunct 1.10, se introduce un nou subpunct, subpct. 1.11, cu următorul cuprins:

„1.11. Serviciile de sănătate conexe actului medical de psihooncologie acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului.”

6. La anexa nr. 1, Capitolul II, litera B, la punctul 1, după al doilea subpunct 1.10, se introduce un nou subpunct, subpct. 1.11, cu următorul cuprins:

“1.11. Serviciile de sănătate conexe actului medical de psihooncologie acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice, sunt furnizate de psihologi cu formare complementară în psihooncologie, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății nr. 3303/2023 privind aprobarea condițiilor de acordare și a tipurilor de servicii de psihologie publice conexe actului medical adresate pacienților oncologici și pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii care acordă servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și cu medicii de specialitate cu următoarele specialități clinice/supraspecializări:

- a) chirurgie oncologică;
- b) oncologie medicală;
- c) hematologie;
- d) oncologie și hematologie pediatrică;
- e) radioterapie;

1.11.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical de psihooncologie:

- a) servicii de consultație psihologică;
- b) servicii de consiliere psihologică;
- c) servicii de evaluare clinică psihologică;
- d) servicii de stabilire a planului de intervenție psihologică;

NOTĂ:

Serviciile conexe actului medical de psihooncologie furnizate de psihologi cu formare complementară în psihooncologie, pot fi acordate și la distanță în condițiile prevăzute în norme.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se decontează maxim 4 servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie pe lună pentru un asigurat cu afecțiune oncologică, dar nu mai mult decât un serviciu/zi/asigurat. Detalierea serviciilor conexe actului medical de psihooncologie acordate și condițiile acordării serviciilor se stabilesc prin norme.”

7. La anexa nr. 1, Capitolul II, la litera H1, după litera n) se introduce o nouă literă, litera o), cu următorul cuprins:

„o) serviciul de evaluare clinică psihologică a pacientului oncologic furnizat de psiholog cu formare complementară în psihooncologie.”



8. La anexa nr. 1, după Capitolul III se introduc două noi capitole, Capitolul IV și Capitolul V, cu următorul cuprins:

“CAPITOLUL IV

Pachetul de servicii medicale acordate în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare

I. Pachetul de servicii medicale acordate persoanelor asigurate în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare

Pachetul cuprinde servicii medicale acordate persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, precum și celor cu afecțiuni oncologice confirmate.

Lista serviciilor și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme și sunt cuprinse în cadrul pachetului de servicii de bază pentru fiecare segment de asistență medicală.

II. Pachetul de servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare

A. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde servicii medicale pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică – include consultații, proceduri diagnostice și servicii medicale în scop diagnostic - caz;

2. Urmare a acordării consultațiilor prevăzute la pct. 1, medicii pot recomanda servicii medicale în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării serviciilor medicale persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică se stabilesc prin norme.

B. Pachetul de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească

Pachetul cuprinde servicii medicale acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice în regim de spitalizare de zi.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării serviciilor medicale persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică se stabilesc prin norme.

C. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Pachetul cuprinde:

a) servicii medicale paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive prevăzute la Capitolul I, lit. A, punctul 1.2., subpunctele 1.2.1, 1.2.3, 1.2.6 și 1.2.7.

b) servicii medicale paraclinice servicii medicale acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice - analize medicale de laborator, radiologie - imagistică medicală.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării investigațiilor paraclinice persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică se stabilesc prin norme.

CAPITOLUL V

Pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) și (3⁶) din Legea nr. 52/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare



Pachetul cuprinde servicii medicale paraclinice acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării investigațiilor paraclinice se stabilesc prin norme.”

9. La anexa nr. 2, la articolul 7, litera y) se modifică și va avea următorul cuprins:

„y) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate;”

10. La anexa nr. 2, la articolul 8, alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

11. La anexa nr. 2, la articolul 9, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

“b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

12. La anexa nr. 2, la articolul 9, după litera p), se introduce o nouă literă, litera q), cu următorul cuprins:

“q) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate;”

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

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

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

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4);
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în semestrul I și trimestrul III al anului 2024;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de



lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

14. La anexa nr. 2, la articolul 16, alin. (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența distinctă a serviciilor medicale cuprinse în pachetul minimal acordat persoanelor neasigurate la nivelul asistenței medicale primare. În cadrul acestei evidențe, activitățile de suport acordate de către furnizori persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, precum și în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, se vor evidenția distinct.”

15. La anexa nr. 2, la articolul 16, alineatul (9) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(9) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional la contract/convenție, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii minimal contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor.”

16. La anexa nr. 2, la articolul 19, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), l) - n), p) - u), y) și z), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 7 lit. s), se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

17. La anexa nr. 2, la articolul 19, după alineatul (2), se introduce un nou alineat, (2¹), cu următorul cuprins:

“(2¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. k), constatată pe parcursul derulării contractului, cu excepția cazului în care medicul de familie a prescris medicamentul în baza unei scheme de tratament inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii, se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 7 lit. k) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 7 lit. k).”

18. La anexa nr. 2, la articolul 23, alineatul (3), după litera h) se introduce o nouă literă, litera i), cu următorul cuprins:

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

19. La anexa nr. 2, articolul 24, alineatul (7), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) au organizat atât ambulatoriul de specialitate clinic, cât și structura de spitalizare de specialitate în aceeași condiție pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu prevăzute în norme;”



20. La anexa nr. 2, la articolul 24, alineatul (7), litera c) se abrogă.

21. La anexa nr. 2, la articolul 26, la litera a), punctul 2, literele Ț) și u) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“2. Pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată, respectiv cu tarifele corespunzătoare aferente serviciilor de acupunctură/serviciilor medicale diagnostice - caz; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

.....
t) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetele de servicii furnizate, - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. t), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

u) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate;”

22. La anexa nr. 2, la articolul 27, lit. a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispozițiile art. 223 și art. 337 alin. (2¹), (3) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;”

23. La anexa nr. 2, la articolul 28, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

24. La anexa nr. 2, la articolul 28, după litera q), se introduce o nouă literă, litera r), cu următorul cuprins:

“r) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate.”



25. La anexa nr. 2, la articolul 35, alineatele (1[^]1) și (1[^]2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1[^]1) Pentru semestrul I și trimestrul III al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023.

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

26. La anexa nr. 2, după articolul 36, se introduc două noi articole, art. 36¹ și 36² cu următorul cuprins:

“ART. 36¹

(1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența distinctă a serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pentru serviciile acordate persoanelor neasigurate este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, stabilit prin norme.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, aflați în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, care are ca obiect contractarea și decontarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică având în vedere prevederile art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023 privind punerea în aplicare a prevederilor art. IV din Ordonanța Guvernului nr. 26/2023 pentru modificarea art. 942 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(4) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(5) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește astfel:

a) suma convenită pentru consultațiile acordate persoanelor neasigurate se stabilește în raport cu numărul de puncte corespunzător consultațiilor efectuate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor, și cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical. Numărul de puncte aferent fiecărei consultații este prevăzut în norme;

b) suma convenită pentru procedurile diagnostice medicale pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de proceduri diagnostice, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor, și cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

Valoarea garantată a punctului pe serviciu este cea stabilită potrivit art. 35.

c) suma convenită pentru servicii medicale în scop diagnostic - caz, se stabilește în raport cu numărul de servicii în scop diagnostic – caz și tarifele aferente acestora exprimate în lei și prevăzute în norme.

(6) Actul adițional prevăzut la alin. (3) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

(7) Actul adițional prevăzut la alin. (3) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.



Actul adițional prevăzut la alin. (3) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(8) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică și să întocmească lunar factură distinctă, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, a serviciilor acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale. 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.

(9) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional la contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor.

(10) Furnizorii acordă serviciile medicale persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică în cadrul programului de activitate prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru acordarea serviciilor medicale din pachetul de servicii minimal și de bază.

ART. 36²

(1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența distinctă a serviciilor medicale și a serviciilor conexe actului medical cuprinse în pachetul de servicii acordate persoanelor asigurate, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice.

(2) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică și pentru serviciile conexe actului medical acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică, să întocmească lunar factură distinctă pentru serviciile acordate în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, și să întocmească factură distinctă. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile acordate persoanelor asigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrare în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(4) Furnizorii acordă serviciile medicale persoanelor asigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică, monitorizarea evoluției și tratamentul afecțiunii oncologice, în cadrul programului de activitate prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru acordarea serviciilor medicale din pachetul de servicii minimal și de bază.”

27. La anexa nr. 2, la articolul 37, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 26 lit. a), c), d), g), j) - l), o) - s), u) și v), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

28. La anexa nr. 2, la articolul 37, după alineatul (2), se introduce un nou alineat, (2)¹, cu următorul cuprins:

“(2)¹ Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 26 lit. i), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;



b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 26 lit. i) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 26 lit. i).”

29. La anexa nr. 2, la articolul 43, litera p) se modifică și va avea următorul cuprins:

„p) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

30. La anexa nr. 2, la articolul 44, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, acordate persoanelor diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni;”

31. La anexa nr. 2, la articolul 45, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni, cu încadrare în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;”

32. La anexa nr. 2, la articolul 45, după litera p), se introduce o nouă literă, litera q), cu următorul cuprins:

„q) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni.”

33. La anexa nr. 2, după articolul 51, se introduce un nou articol, articolul 51¹ cu următorul cuprins:

“ART. 51¹

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional



alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale, pentru decontarea serviciilor acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul zilelor de tratament și tariful pe zi de tratament.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru serviciile medicale menționate la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

34. La anexa nr. 2, la articolul 60, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;”

35. La anexa nr. 2, la articolul 61, lit. b) se modifică și va avea următorul cuprins:

“b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;”

36. La anexa nr. 2, la articolul 67, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 59 lit. a), c), d), g), i), l), n), o), q), ș) și t), precum și recomandări de investigații paraclinice - radiografii dentare care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

37. La anexa nr. 2, la articolul 67, după alineatul (2), se introduce un nou alineat, (2¹), cu următorul cuprins:

“(2¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 59 lit. k), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 59 lit. k) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 59 lit. k).”

38. La anexa nr. 2, la articolul 72, după alineatul (3), se introduc patru noi alineate, alineatele (3¹) -(3⁴), cu următorul cuprins:

“(3¹) Având în vedere prevederile art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023, casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, acte adiționale la contractele de furnizare de servicii - investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice efectuate urmare a recomandării medicilor de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și a serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.



(3²) Decontarea serviciilor medicale paraclinice menționate la alin. (3¹) se face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3³) În aplicarea prevederilor art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize de laborator, acte adiționale la contractele de furnizare de servicii - investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în vederea testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

(3⁴) În aplicarea prevederilor art. 232 alin. (3⁶) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, decontarea serviciilor medicale paraclinice menționate la alin. (3³) se face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.”

39. La anexa nr. 2, la articolul 74, la litera a), punctul 2, literele v) și ac) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“2. pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

v) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ pentru factura;

ac) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, pentru serviciile medicale paraclinice efectuate urmare a recomandării medicilor de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor neasigurate în vederea testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și/sau HIV;”

40. La anexa nr. 2, la articolul 75, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;”

41. La anexa nr. 2, la articolul 76, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

“b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;”



conform normelor, în limita valorii de contract; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 77¹ acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu încadrarea în fondurile alocate potrivit art. 2 alin. (2) din H.G. nr. 709/2023; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 77² acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu încadrarea în fondurile alocate potrivit art. 232 alin. (3[^]6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;”

42. La anexa nr. 2, la articolul 76, după litera q), se introduce o nouă literă, litera r), cu următorul cuprins:

“r) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică, pentru serviciile medicale paraclinice efectuate urmare a recomandării medicilor de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea confirmării diagnosticului de afecțiune oncologică, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate; să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor neasigurate în vederea testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.”

43. La anexa nr. 2, la articolul 77, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(5) Pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialități paraclinice.”

44. La anexa nr. 2, la articolul 77, după alineatul (5) se introduc nouă noi alineate, alin. (6) – (14) cu următorul cuprins:

“(6) Pentru serviciile medicale paraclinice menționate la alin. (5), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate de furnizori persoanelor asigurate pentru:

a) serviciile medicale paraclinice, recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază,

b) serviciile medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice,

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

(8) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(9) Actul adițional prevăzut la alin. (8) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu.



(10) Actul adițional prevăzut la alin. (8) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (8) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(11) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor prevăzute la alin. (7) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile medicale paraclinice, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

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

(13) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (7).

(14) Pentru serviciile medicale paraclinice menționate la alin. (7), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

45. La anexa nr. 2, după articolul 77, se introduc două noi articole, articolele 77¹ și 77², cu următorul cuprins:

“Art. 77¹

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și serviciile medicale paraclinice recomandate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat cu suspiciune de afecțiune oncologică, urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, al cărui model este prevăzut în norme.

(3) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul serviciilor paraclinice efectuate pe tipuri de servicii și tariful corespunzător fiecărui tip de serviciu medical. Tariful aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

(5) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(6) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, distinct pentru serviciile medicale paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, respectiv pentru serviciile medicale paraclinice recomandate persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, 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 întocmească factură distinctă. 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.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative pentru factură transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita sumelor alocate potrivit art. 2 alin. (2) din H.G. nr. 709/2023.

Art. 77²

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize de laborator acte adiționale pentru decontarea lunară a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, recomandate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul serviciilor paraclinice efectuate pe tipuri de servicii și tariful corespunzător fiecărui tip de serviciu medical. Tariful aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2024, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

(5) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(6) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, și să întocmească factură distinctă. 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.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative pentru factură transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita sumelor alocate potrivit art. 232 alin. (3⁶) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.”

46. La anexa nr. 2, la articolul 92, alineatul (1), la litera a), punctul 2 și litera ad) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„2. pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;



ad) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică, cât și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care se acordă servicii necesare confirmării diagnosticului de afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate în regim de spitalizare continuă persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi în vederea confirmării diagnosticului de afecțiune oncologică, persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu pot face dovada calității de asigurat și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

47. La anexa nr. 2, la articolul 92, după alineatul (2), se introduce un nou alineat, alineatul (2¹) cu următorul cuprins:

“(2¹) Prin excepție de la prevederile alin. (2), pentru pacientul cu suspiciune oncologică care nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale în vederea confirmării afecțiunii oncologice prin internare în regim de spitalizare de zi, în baza biletului de internare eliberat de medicul de familie sau de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.”

48. La anexa nr. 2, la articolul 94, literele b) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

.....
j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;”

49. La anexa nr. 2, la articolul 94, după litera ș), se introduc două noi litere, literele t) și ț), cu următorul cuprins:

“t) să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 97² acordate persoanelor asigurate, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 97¹ acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu încadrarea în fondurile alocate potrivit art. 2 alin. (2) din H.G. nr. 709/2023;



f) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori în regim de spitalizare de zi, persoanelor asigurate cu afecțiuni oncologică, cât și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiuni oncologică, pentru care se acordă servicii necesare confirmării diagnosticului de afecțiuni oncologică, precum și pentru serviciile acordate în regim de spitalizare continuă persoanelor asigurate cu afecțiuni oncologică sau cu suspiciune de afecțiuni oncologică; să țină evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate de furnizori în regim de spitalizare de zi în vederea confirmării diagnosticului de afecțiuni oncologică, persoanelor cu suspiciune de afecțiuni oncologică, care nu pot face dovada calității de asigurat;”

50. La anexa nr. 2, după articolul 97, se introduc două noi articole, articolele 97¹ și 97², cu următorul cuprins:

“Art. 97¹

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale spitalicești acte adiționale pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi acordate persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul serviciilor spitalicești efectuate pe tipuri de servicii și tariful corespunzător fiecărui tip de serviciu medical. Tariful aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești.

(5) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a încetat.

(6) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, cu suspiciune de afecțiuni oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice 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 întocmească factură distinctă. 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.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate, confirmate și validate conform normelor, în limita sumelor alocate potrivit art. 2 alin. (2) din H.G. nr. 709/2023.

ART. 97²

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale spitalicești acte adiționale pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și în regim de spitalizare continuă, după caz, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologică, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiuni oncologică, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri.



prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a încetat.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor prevăzute la alin. (1) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile medicale spitalicești, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate, confirmate și validate conform normelor, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.”

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru decontarea sumei corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate în vederea diagnosticării, monitorizării și evaluării afecțiunilor oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii transmit lunar în format electronic, până la termenul prevăzut în contract, documentele necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.”

51. La anexa nr. 2, la articolul 103, alineatul (1), preambulul se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 103

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. d), f) – h), j) – l), m), n) – r), ș), t), z), aa), ab) și ah), precum și a obligației prevăzută la art. 100 alin. (2), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează: (...)”

52. La anexa nr. 2, la articolul 103, după alineatul (1), se introduce un nou alineat, (1¹), cu următorul cuprins:

“(1¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. i), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

c) la prima constatare, avertisment scris;

d) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 92 alin. (1) lit. i) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 92 alin. (1) lit. i).”

53. La anexa nr. 2, la articolul 108, alineatul (1), litera n) se modifică și va avea următorul cuprins:

„n) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile de transport sanitar neasistat acordate



persoanelor cu afecțiune oncologică prevăzute în norme și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

54. La anexa nr. 2, la articolul 109, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;”

55. La anexa nr. 2, la articolul 110, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

56. La anexa nr. 2, la articolul 110, după litera k), se introduce o nouă literă, litera l), cu următorul cuprins:

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

57. La anexa nr. 2, după articolul 113, se introduce un nou articol, articolul 113¹ cu următorul cuprins:

„ART. 113¹

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

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor prevăzute la alin. (1) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, pe baza facturii și a documentelor justificative



transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor efectuate, raportate, confirmate și validate conform normelor, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (1).

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

58. La anexa nr. 2, la articolul 120, litera u) se modifică și va avea următorul cuprins:

„u) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.”

59. La anexa nr. 2, la articolul 121, lit. a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;”

60. La anexa nr. 2, la articolul 122, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea îngrijirilor medicale la domiciliu acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;”

61. La anexa nr. 2, la articolul 122, după litera j), se introduce o nouă literă, litera k), cu următorul cuprins:

„k) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică.”

62. La anexa nr. 2, după articolul 123, se introduce un nou articol, articolul 123¹ cu următorul cuprins:

“ART. 123¹

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii îngrijiri medicale la domiciliu, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare îngrijirilor medicale la domiciliu acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu.



(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea îngrijirilor medicale acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare îngrijirilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul zilelor de îngrijire și tariful pe zi de îngrijire.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, îngrijirile medicale prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru îngrijirile medicale menționate la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

63. La anexa nr. 2, la articolul 131, litera v) se modifică și va avea următorul cuprins:

„v) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.”

64. La anexa nr. 2, la articolul 132, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme;

65. La anexa nr. 2, la articolul 133, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

“b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative prezentate, transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea îngrijirilor paliative la domiciliu acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;”

66. La anexa nr. 2, la articolul 133, după litera j), se introduce o nouă literă, litera k), cu următorul cuprins:

“k) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică.”

67. La anexa nr. 2, după articolul 135, se introduce un nou articol, articolul 135¹ cu următorul cuprins:

ART. 135¹

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii îngrijiri paliative la domiciliu, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare îngrijirilor paliative la domiciliu acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.



(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea îngrijirilor paliative acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare îngrijirilor paliative ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul zilelor de îngrijiri și tariful pe zi de îngrijire.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, îngrijirile paliative prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru îngrijirile paliative menționate la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

68. La anexa nr. 2, la articolul 136, alineatul (1), preambulul se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 136

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 131 lit. a), c), f), g), h), l), m), n), o), ș), ț) și v) se aplică următoarele sancțiuni: (...)

69. La anexa nr. 2, la articolul 136, după alineatul (1), se introduce un nou alineat, (1¹), cu următorul cuprins:

“(1¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 131 lit. t), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 131 lit. t) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 131 lit. t).”

70. La anexa nr. 2, la articolul 142, litera t) se modifică și va avea următorul cuprins:

„t) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.”

71. La anexa nr. 2, la articolul 144, literele b) și i) se modifică și vor avea următorul cuprins:



“b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative prezentate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, în limita valorii de contract; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;

.....
i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;”

72. La anexa nr. 2, la articolul 144, după litera n), se introduce o nouă literă, litera o), cu următorul cuprins:

“o) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.”

73. La anexa nr. 2, la articolul 145, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(4) Casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative. Trimestrial se fac regularizări, în condițiile stabilite prin norme.”

74. La anexa nr. 2, după articolul 145, se introduce un nou articol, articolul 145¹ cu următorul cuprins:

“ART. 145¹

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare serviciilor acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii, al cărui model este prevăzut în norme, adaptat.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.



afecțiuni, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul de zile de spitalizare realizat și cu tariful/zi de spitalizare.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru serviciile menționate la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

75. La anexa nr. 2, la articolul 147, alineatul (1), preambulul se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 147

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 142 lit. a), c) – f), h - l), n), o), r) și v) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează: (...)”

76. La anexa nr. 2, la articolul 147, după alineatul (1), se introduce un nou alineat, (1¹), cu următorul cuprins:

“(1¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 142 lit. g), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 142 lit. g) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 142 lit. g).”

77. La anexa nr. 2, la articolul 154, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate conform facturilor emise și documentelor justificative, în condițiile prevăzute în norme;

78. La anexa nr. 2, la articolul 167, literele g), n), o) și t) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) să întocmească și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale facturile și documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, 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;

n) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, și să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile, și copiile documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

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,



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 facturile și copiile documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

t) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor diagnosticate cu afecțiuni oncologice pentru această afecțiune și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.”

79. La anexa nr. 2, la articolul 168, lit. a) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor justificative, inclusiv sumele de închiriere, în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesar a fi depuse în vederea decontării. Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora,”

80. La anexa nr. 2, la articolul 169, după litera n), se introduce o nouă literă, litera o), cu următorul cuprins:

“o) să țină evidențe distincte pentru dispozitivele medicale eliberate de furnizori persoanelor diagnosticate cu afecțiuni oncologice pentru această afecțiune.”

81. La anexa nr. 2, la articolul 204, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

”b) să raporteze, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.”

82. La anexa nr. 2, la articolul 216, după litera k), se introduce o nouă literă, litera l), cu următorul cuprins:

“l) suspiciune de afecțiune oncologică – reprezintă constatarea de către medic a simptomelor sugestive pentru o posibilă patologie oncologică pe baza modalităților de debut pentru fiecare tip de cancer, prevăzute în seturile de recomandări pentru diagnosticul fiecărui tip de cancer aprobate potrivit Ordinului ministrului sănătății nr. 4049/2023.”

83. La anexa nr. 2, la articolul 218, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 218

(1) 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, 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.”



84. La anexa nr. 2, la articolul 218, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5) cu următorul cuprins:

“(5) Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, 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.

Art. II. – (1) Începând cu data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, serviciile psihologice conexe actului medical din pachetul de bază furnizate pacienților cu afecțiuni oncologice la recomandarea medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, respectiv la recomandarea medicilor de specialitate clinică cu specialitatea oncologie medicală, hematologie, oncologie și hematologie pediatrică, radioterapie acordate în perioada 1.07.2024 - 30.06.2025 se decontează numai în condițiile în care furnizorul de servicii conexe actului medical nu acordă servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(2) În perioada 1.07.2024 - 30.06.2025 pacienții cu afecțiuni oncologice pot beneficia de servicii psihologice conexe actului medical din pachetul de bază furnizate la recomandarea medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, respectiv la recomandarea medicilor de specialitate clinică cu specialitatea oncologie medicală, hematologie, oncologie și hematologie pediatrică, radioterapie, dacă nu beneficiază de servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie.

(3) Începând cu data de 1 iulie 2025, medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative vor putea recomanda serviciile psihologice conexe actului medical din pachetul de bază doar pentru pacienții eligibili pentru îngrijiri paliative, fără afecțiune oncologică.

(4) Începând cu data de 1 iulie 2025, medicii de specialitate clinică oncologie medicală, hematologie, oncologie și hematologie pediatrică, radioterapie vor putea recomanda pacienților oncologici servicii psihologice conexe actului medical din pachetul de bază furnizate doar de psihologi cu formare complementară în psihooncologie.

Art. III. – (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2024.

(2) Pentru trimestrul III al anului 2024 suma orientativă/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național se menține la nivelul valorii valabile în semestrul I al anului 2024.

**PRIM-MINISTRU
Ion - Marcel CIOLACU**

