



GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind modificarea și completarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I. – Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 și 466 bis din 26 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 7, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

2. La articolul 15, după alineatul (8) se introduc două alineate, alin. (9) și (10), cu următorul cuprins:

“(9) Pentru anul 2025, valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical sunt stabilite potrivit prevederilor art. XVIII alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene, și se mențin la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024.

(10) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2024 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2025 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4), precum și sumele destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției și plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate.”

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

“(8) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate și să factureze lunar, în vederea decontării

de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

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

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

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

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

6. La articolul 35, după alineatul (1²) se introduce un nou alineat, alin. (1³), cu următorul cuprins:

“(1³) Pentru anul 2025, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este stabilită potrivit prevederilor art. XVIII alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 și se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024.”

7. La articolul 35, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alin. (6) cu următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

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

11. La articolul 90, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (4¹), cu următorul cuprins:

“(4¹) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical aferent spitalizării de zi, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare de zi și în aceeași

zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția situațiilor în care beneficiază de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare de zi și pentru cazurile pentru care sunt acordate servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi.”

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

“ART. 91

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

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

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

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

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

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

14. La articolul 97², după alineatul (8) se introduce un nou alineat, alin. (9), cu următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

“b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform

prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„q) să depună/transmită electronic, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line; în vederea decontării, facturile se transmit conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;”

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

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

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

24. La articolul 195, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (2¹), cu următorul cuprins:

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

ART. II

Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale spitalicești care acordă doar servicii medicale în regim de spitalizare de zi și/sau în regim de spitalizare continuă, după caz, persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiuni oncologice, contracte pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor acordate, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, prevederile Capitolului VI din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, aplicându-se în mod corespunzător.

ART. III

(1) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 31 decembrie 2025, pacienții pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi din pachetul de servicii de bază reglementat potrivit prevederilor anexei nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu beneficiază de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi în cadrul Programului național de îngrijiri paliative.

(2) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate exclusiv pentru acordarea de îngrijiri paliative, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și furnizorii de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, încetează de drept.

(3) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim de spitalizare de zi.

(5) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile

clinice, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim ambulatoriu.

(6) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 31 decembrie 2025, furnizorii pot acorda îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi atât în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, cât și în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Art. IV Pentru anul 2025 suma orientativă/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național este stabilită potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 156/2024.

Art. V Prevederile art. 91 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare sunt aplicabile începând cu trimestrul II al anului 2025.

**PRIM-MINISTRU
Ion - Marcel CIOLACU**