

ORDIN Nr. 2339/2015/2025

privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. 2.339 din 30 decembrie 2025

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 2.015 din 24 decembrie 2025

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 1219 din 31 decembrie 2025

În temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și ale art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

având în vedere:

- Legea nr. 163/2025 privind modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare;

- Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, cu modificările și completările ulterioare;

- 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;

- Referatul de aprobare nr. 2.339R din 30.12.2025 al Ministerului Sănătății și nr. DG 10.634 din 24.12.2025 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. I

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, la litera B punctul 1.2.3.2, litera b de la nota 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste:

- hemoleucogramă completă;
- proteina C reactivă;
- glicemie a jeun;
- colesterol seric total;
- LDL colesterol;
- creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe;
- TGO;
- TGP;
- determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU);
- examen microscopic al secreției vaginale la femeile active sexual;
- testare HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;
- test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 74 de ani inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;
- pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani inclusiv, ecografie de sân și mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;
- pentru femei, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;
- TSH și FT4 la femei;
- pentru bărbați, PSA, începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani."

2. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (2) litera a), punctul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

"3. Programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână. În situația în care, pentru accesul persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, furnizorul solicită majorarea programului de lucru al cabinetului medical cu până la două ore zilnic și/sau modificarea raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin, se încheie act adițional la contract. Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel puțin o oră pe zi.

Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajat/angajați al/ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 5 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază a cabinetului, fără ca numărul de ore de program de la punctul de lucru să îl depășească pe cel corespunzător normei de bază."

3. În anexa nr. 2, la articolul 6, după alineatul (4) se introduc patru noi alineate, alin. (5) - (8), cu următorul cuprins:

"(5) Fondul aprobat pentru anul 2026 aferent asistenței medicale primare are următoarea structură la nivel național, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct "per capita" și a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata «per capita» pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 3;

2.2. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%;

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

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

a) 25% pentru plata per capita;

b) 75% pentru plata pe serviciu medical.

(6) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2025 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 2026 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza unei convenții, 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.

(7) Începând cu anul 2027, fondul aprobat anual pentru asistența medicală primară are următoarea structură la nivel național, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct «per capita» și a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata «per capita» pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 3;

2.2. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%;

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

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

a) 20% pentru plata per capita;

b) 80% pentru plata pe serviciu medical.

(8) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul precedent 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 curent și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza unei convenții, 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."

4. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (1²) se introduce un nou alineat, alin. (1³), cu următorul cuprins:

"(1³) Pentru anul 2026, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 8,2 lei."

5. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (2²) se introduce un nou alineat, alin. (2³), cu următorul cuprins:

"(2³) Pentru anul 2026, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, unică pe țară, este de 10,3 lei."

6. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 1, după subpunctul 1.4 se introduce un nou subpunct, subpct. 1.4.1, cu următorul cuprins:

"1.4.1. Valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 8,2 lei, valabilă pentru anul 2026."

7. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 2, după subpunctul 2.3 se introduc două noi subpuncte, subpct. 2.4 și 2.5, cu următorul cuprins:

"2.4. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

2.5. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului."

8. În anexa nr. 6A, la articolul 9 punctul 1, după subpunctul 1.3 se introduc două noi subpuncte, subpct. 1.4 și 1.5, cu următorul cuprins:

"1.4. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

1.5. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului."

9. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (3³) se introduce un nou alineat, alin. (3⁴), cu următorul cuprins:

"(3⁴) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, este stabilită potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, cu modificările și completările ulterioare."

10. În anexa nr. 9, la articolul 9, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (2¹), cu următorul cuprins:

"(2¹) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, este stabilită potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare."

11. În anexa nr. 15, la articolul 3 alineatul (1), după litera e) se introduce o nouă literă, lit. f), cu următorul cuprins:

"f) în anul 2026, suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025, potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare."

12. În anexa nr. 19, la capitolul II litera A, nota redată după punctul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

"NOTE:

1. Nu se punctează aparatele pentru care, în compartimentele respective, nu desfășoară activitate într-o formă legală la furnizor, sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cel puțin o persoană cu studii superioare de specialitate.

2. La punctajul alocat pentru capacitatea resurselor tehnice, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale."

13. În anexa nr. 19, la capitolul II litera C, după punctul 11 se introduce o notă cu următorul cuprins:

"NOTĂ:

La punctajul alocat pentru subcriteriul resurse umane, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale."

14. În anexa nr. 20, la capitolul II punctul I litera A, după nota 4 se introduce o nouă notă, nota 5, cu următorul cuprins:

"NOTA 5:

La punctajul alocat pentru evaluarea capacității resurselor tehnice, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale."

15. În anexa nr. 20, la capitolul II punctul I litera B, nota se modifică și va avea următorul cuprins:

"NOTE:

1. Punctajul corespunzător categoriei de personal medico-sanitar se acordă pentru fiecare persoană care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

2. La punctajul alocat pentru evaluarea resurselor umane, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale."

16. În anexa nr. 21, punctul I se modifică și va avea următorul cuprins:

"I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, adresă de e-mail, reprezentată prin director general,

și

laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

- laboratorul individual, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, având sediul în municipiul/orașul, CUI, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin medicul titular

- laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin administratorul

unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

....., având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin,

unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin,

laboratorul din centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică și laboratoarele din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte,

centrul de diagnostic și tratament/centrul medical/centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin,

structura medicală mobilă înființată potrivit prevederilor titlului V 1 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte."

17. În anexa nr. 23, la articolul 4, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești luând în calcul numărul de paturi contractabile, în condițiile prevederilor hotărârii Guvernului privind aprobarea planului național de paturi și în limita numărului de paturi contractabile aprobat la nivel județean/al municipiului București prin ordin al ministrului sănătății. Până la data de 31 decembrie 2028, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, în limita procentului reprezentat de numărul de paturi contractate cu acești furnizori la data de 31 decembrie 2025 din totalul numărului de paturi contractabile la nivelul fiecărui județ, respectiv al municipiului București."

18. În anexa nr. 23, la articolul 5 alineatul (1), litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

"g) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi pe tipuri/cazuri rezolvate și tarifele aferente acestora sunt prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

Numărul maxim de servicii/cazuri rezolvate de spitalizare de zi ce poate fi contractat se stabilește în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate, durată/vizită stabilită în anexa nr. 22 la ordin, la capitolul I litera B pct. 1, și numărul de paturi de spitalizare de zi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;"

19. În anexa nr. 23, la articolul 9 litera h), punctul 1.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.1. numărul de cazuri/servicii raportate și validate

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract pentru spitalizare de zi, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Numărul maxim de servicii/cazuri rezolvate de spitalizare de zi ce poate fi decontat nu poate depăși numărul de servicii/cazuri rezolvate de spitalizare de zi stabilit potrivit art. 5 alin. (1) lit. g)."

20. În anexa nr. 26, partea introductivă a articolului 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 7

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:"

21. În anexa nr. 26, la articolul 7, după litera ah) se introduce o nouă literă, lit. ai), cu următorul cuprins:

"ai) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul național de asigurări sociale de sănătate, precum și documentele justificative din care să rezulte corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și în afara relației contractuale; corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată va avea în vedere întreaga activitate realizată pe toate domeniile de asistență medicală furnizată de unitatea sanitară cu paturi."

22. În anexa nr. 26, la articolul 10, după alineatul (7) se introduc două noi alineate, alin. (7¹) și (7²), cu următorul cuprins:

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

a) la prima constatare recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia/căruia s-au înregistrat aceste situații, aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații, și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 6 luni și sesizarea Colegiului Medicilor din

România, respectiv a colegiilor teritoriale, după caz, în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

(7²) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 alin. (1) lit. ai), se sancționează prin recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la valoarea totală de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate, situație în care nu sunt aplicabile prevederile art. 313 lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare."

23. În anexa nr. 26, la articolul 10, alineatele (8), (9) și (11) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7²) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7²) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

.....
(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7²) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație."

24. În anexa nr. 26, la articolul 10, după alineatul (11) se introduc trei noi alineate, alin. (12) - (14), cu următorul cuprins:

"(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5), (7), (7¹) - (7²), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe furnizor.

(13) În situația în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi-consumabile achiziționate conform facturilor și utilizate în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.

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

25. În anexa nr. 50, articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 1

(1) Decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se efectuează la nivelul realizat, prin încheiere de acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale, dacă a fost depășit nivelul contractat, pentru:

a) pacienții înscriși în programele naționale de sănătate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscriși în program;

b) pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA;

c) persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică;

d) persoanele asigurate și persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice.

(2) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la alin. (1), pentru care sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate, furnizorii de servicii medicale spitalicești țin evidențe distincte.

(3) Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, cu excepția celor prevăzute la alin. (1), se contractează de unitățile sanitare cu paturi și se decontează cu încadrare în suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi, potrivit dispozițiilor anexei nr. 23 la ordin."

26. În anexa nr. 50, articolul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 5

(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, pentru care sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

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

(3) Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli

cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, se decontează cu încadrarea în valoarea de contract stabilită potrivit dispozițiilor anexelor nr. 19 și 20 la ordin.

(4) Prin excepție de la prevederile alin. (3), sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, pentru efectuarea unei investigații de înaltă performanță și de medicină nucleară, într-un an calendaristic, pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, în cadrul monitorizării."

27. Titlul anexei nr. 51 se modifică și va avea următorul cuprins:

"DISPOZIȚII

pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 224 alin. (13) și (16) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății"

28. În anexa nr. 51, partea introductivă a articolului 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 1

Bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate, cu excepția bolnavilor cu afecțiuni oncologice beneficiari ai programelor naționale de sănătate și a bolnavilor înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate de următoarele servicii:".

29. În anexa nr. 51, după articolul 1 se introduce un nou articol, art. 1¹, cu următorul cuprins:

"ART. 1¹

Bolnavii înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de pachetul de bază prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare a acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecțiuni."

30. În anexa nr. 51, la articolul 2, litera e) se abrogă.

31. În anexa nr. 51, la articolul 3 alineatul (1) litera a), punctele 6 și 7 se abrogă.

32. În anexa nr. 51, la articolul 4 alineatul (1), literele q) și r) se abrogă.

33. În anexa nr. 51, la articolul 4, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) Pentru a beneficia de serviciile prevăzute la alin. (1) lit. a) - p), persoanele prevăzute la art. 1 se pot prezenta direct la unitatea sanitară cu paturi, fără a fi necesară prezentarea biletului de internare."

ART. II

Prevederile art. I pct. 12 - 15 și 18 - 33 intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026.

ART. III

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Alexandru-Florin Rogobete

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Cristian-Georgică Celea
