

HOTĂRÂRE Nr. 1540/2022

privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 - 2022, prelungirea termenului de aplicare a prevederilor acesteia, precum și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 - 2022, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din 28 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La anexa nr. 1 capitolul I, litera A se modifică și va avea următorul cuprins:

"A. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie.

1.1.2. Consultațiile în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice se acordă în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a prezentei hotărâri, denumite în continuare norme, iar consultațiile la domiciliu și potrivit prevederilor de la pct. 1.3.

1.1.2.1. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

1.1.3. Consultațiile periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice se realizează pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condițiile stabilite prin norme, iar consultațiile la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic și potrivit prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive - sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani, privind:

- a) creșterea și dezvoltarea;
- b) starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c) depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform normelor.

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei: depistarea sarcinii, luarea în evidență a gravidei, supravegherea sarcinii și urmărirea lăuzei.

Consultațiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere se acordă la domiciliu.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală.

1.2.4. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, depistare de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații

beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagi de asigurare.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.3. Consultațiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă pentru persoanele înscrise pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă persoanelor nedeplasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, persoanelor cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lăuzelor.

1.3.3. Este considerată consultație la domiciliu inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.4. Serviciile diagnostice și terapeutice

1.4.1. Aceste servicii se pot acorda exclusiv persoanelor înscrise pe lista proprie, la cabinet, la domiciliul persoanei sau la locul solicitării, în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz, și sunt detaliate în norme.

1.4.2. Aceste servicii sunt acordate de către medicul de familie conform curriculei de pregătire a medicului; condițiile acordării și punctajul aferent se stabilesc prin norme.

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.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

Administrarea schemei de tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat; se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul

prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme."

2. La anexa nr. 1 capitolul III litera A, punctele 1 și 3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1 și pct. 1.2 subpct. 1.2.4, precum și de cele prevăzute la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, conform normelor.

.....
3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1 și pct. 1.2 subpct. 1.2.4 sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. A, conform normelor și în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale."

3. La anexa nr. 2 articolul 7, literele a), c), r), s) și u) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate și neasigurate a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

.....
c) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web - prin afișare într-un loc vizibil;

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu; 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;

.....
r) să înscrie copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de

reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele și lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul 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; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază sau din pachetul minimal, după caz, în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale;

s) să respecte dreptul persoanei asigurate, precum și al persoanei neasigurate de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum și în condițiile reglementate la art. 11, prin punerea la dispoziția medicului la care persoanele asigurate și neasigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

.....
u) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate și a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;"

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

"(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate și neasigurate înscrise pe listă, precum și modalitatea de plată per capita și pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin norme."

5. La anexa nr. 2 articolul 9, litera o) se modifică și va avea următorul cuprins:

"o) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate și a persoanelor neasigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu

persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de persoane asigurate și persoane nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii."

6. La anexa nr. 2, după articolul 10 se introduce un nou articol, art. 10¹, cu următorul cuprins:

"ART. 10¹

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au obligația să se înscrie pe lista unui medic de familie în mod liber ales, iar persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care sunt înscrise pe lista unui medic de familie se reînscriu pe lista aceluiași medic de familie sau a unui alt medic de familie, în mod liber ales."

7. La anexa nr. 2, articolul 11 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 11

(1) Persoanele asigurate, precum și persoanele neasigurate își pot schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni în următoarele situații:

a) decesul medicului pe lista căruia se află înscrise;

b) medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau contractul este suspendat;

c) a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se aflau înscrise;

d) persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată își schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta;

e) persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată se află în arest preventiv sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv și/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate, precum și în situația arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv, serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală ce își desfășoară activitatea în cabinetele medicale ale unităților penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află persoana, aceasta fiind înscrisă, în această perioadă, pe lista respectivului medic;

f) situațiile generate de specificul activității personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești care se deplasează în interes de serviciu; procedura și modalitatea de efectuare a schimbării medicului de familie se stabilesc prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale;

g) medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești; la cererea furnizorului de servicii medicale unde medicul și-a desfășurat activitatea medicală, persoanele înscrise pe lista medicului sunt transferate, fără a fi necesară utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate, pe lista unui alt medic de familie desemnat de furnizor, urmând

ca ulterior persoanele transferate să își exprime opțiunea de a rămâne sau nu pe lista acestuia înaintea expirării termenului de 6 luni.

(2) Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele asigurate, respectiv pe baza cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele neasigurate, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copiii de 0 - 18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer."

8. La anexa nr. 2 articolul 13, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(4) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului persoanelor asigurate și neasigurate cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe persoanele asigurate și neasigurate prin afișare la cabinet și prin orice alt mod de comunicare despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Verificarea respectării obligației de către medicul de familie se face de către casa de asigurări de sănătate."

9. La anexa nr. 2 articolul 14, litera b2) de la alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b2) suma convenită pentru celelalte servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

Valoarea garantată a unui punct pe serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme."

10. La anexa nr. 2, după articolul 14 se introduce un nou articol, art. 14¹, cu următorul cuprins:

"ART. 14¹

(1) Fondurile necesare pentru plata serviciilor medicale în asistența medicală primară cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat înscrise, respectiv reînscrise pe listele medicilor de familie potrivit prevederilor art. 232 alin. (3²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, potrivit art. 232 alin. (3⁴) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară pentru serviciile acordate persoanelor neasigurate este tarif pe serviciu medical.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, inclusiv cu medicii nou-veniți, aflați în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale, care are ca obiect contractarea și decontarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate potrivit prevederilor art. 232 alin. (3¹) - (3⁴) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(4) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, 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 serviciile medicale diagnostice și terapeutice conform curriculei de pregătire a medicului de familie acordate persoanelor neasigurate se stabilește în raport cu numărul de puncte corespunzător serviciilor medicale diagnostice și terapeutice efectuate și cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical diagnostic și terapeutic este prevăzut în norme;

b) suma convenită pentru celelalte servicii medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, 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. 14 alin. (2) lit. b).

(6) Actul adițional prevăzut la alin. (3) este valabil de la data încheierii până la data de 31 martie 2023.

(7) Actul adițional prevăzut la alin. (3) poate fi prelungit pe toată durata derulării contractului încheiat de furnizorii de servicii în asistența medicală primară cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, prin încheierea unui act adițional semnat de ambele părți.

(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 în format electronic la casele de asigurări de sănătate. 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/convenție, pe baza facturii însoțite de documente 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.

(10) Medicii nou-veniți într-o localitate care încheie convenție de furnizare de servicii medicale potrivit art. 13 alin. (1) și pentru care plata activității desfășurate se face potrivit prevederilor art. 15 au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate, evidențe care se raportează electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate cu care au încheiat convenție, lunar, odată cu raportarea activității desfășurate conform convenției.

(11) Furnizorii acordă serviciile medicale din pachetul de servicii minimal în cadrul programului de activitate prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru acordarea serviciilor medicale din pachetul de servicii de bază, cu excepția serviciilor prevăzute în norme, care pot fi realizate în afara acestuia.

(12) 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."

11. La anexa nr. 2 articolul 16, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(4) Sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie, se utilizează pentru plata serviciilor medicale acordate asiguraților realizate de medicii de familie la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, care depășesc limitele stabilite prin norme, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, până la consumarea acestor sume."

ART. II

În întreg cuprinsul Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 - 2022, cu modificările și completările ulterioare, sintagma "Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București" se înlocuiește cu sintagma "Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate".

ART. III

Termenul de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 - 2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta hotărâre, se prelungește până la data de 31 martie 2023.

ART. IV

Decontarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, contractate pentru trimestrul I al anului 2023 prin acte adiționale la contractele derulate în anul 2022 de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii, se va face din sumele stabilite pe domeniile de asistență medicală corespunzătoare, prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2023.

ART. V

Începând cu data de 1 a lunii următoare celei în care intră în vigoare Legea bugetului de stat pentru anul 2023, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de pachetul minimal de servicii prevăzut la cap. I lit. A din anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 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 pentru anii 2021 - 2022, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ

Contrasemnează:
Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

Ministrul finanțelor,
Adrian Căciu