



GUVERNUL 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 Hotărâre, alineatul (1) de la articolul 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 și 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, care sunt prevăzute în anexa nr. 1.”

2. La anexa nr. 1, Capitolul I, litera A, 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/sau 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 și a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi pentru confirmarea afecțiunii oncologice.”

5. La anexa nr. 1, Capitolul II, litera B, 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, 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, la Capitolul II, 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 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

I. Pachetul de servicii medicale acordate persoanelor asigurate în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, 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 pentru prevenirea și combaterea cancerului, 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 și proceduri diagnostice;

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 și medicină nucleară.

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. 95/2006 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/sau 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 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;”

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 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/sau HIV, se vor evidenția distinct.”

14. 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.”

15. 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: (...)”

16. 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, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 7 alin. lit. k);

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).”

17. La anexa nr. 2, la articolul 26, punctul 2 de la litera a), 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;

.....
Ț) 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;”

18. 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;”

19. 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;”

20. 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.”

21. 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 potrivit prevederilor 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, 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, 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 transmită factura în format electronic în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate. 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.”

22. 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: (...)”

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

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

- a) la prima constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 26 alin. lit. i);
- 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).”

24. 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;”

25. 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;”

26. 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;”

27. 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.”

28. 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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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 prevăzut la alin. (3) 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 afecțiuni oncologice 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.”

29. 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;”

30. 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;”

31. 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: (...)”

32. 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, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 59 lit. k);

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).”

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

“(3¹) În aplicarea prevederilor 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/sau 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.”

34. La anexa nr. 2, la articolul 74, punctul 2 de la litera a), 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;”

35. 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;”

36. 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; 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;”

37. 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/sau HIV.”

38. 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 ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice.”

39. La anexa nr. 2, la articolul 77, după alineatul (5) se introduc opt noi alineate, alin. (6) – (13) 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, aprobate prin ordin al ministrului 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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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.”

40. 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 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. (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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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. (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 paraclinice 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 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 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.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative pentru factură transmisă 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/sau 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. (3) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2024, și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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. (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 paraclinice 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 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/sau 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 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.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative pentru factură transmisă 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.”

41. La anexa nr. 2, la articolul 92, alineatul (1), punctul 2. de la litera a) și litera ad) se modifică și va 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 cazurile pentru care se percepe contribuție personală 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 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 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;”

42. 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.”

43. 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;”

44. 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;

ț) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori 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; să țină evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate de furnizori 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;”

45. 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 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. (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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești.

(5) 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 spitalicești 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 spitalicești a încetat.

(6) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, cu suspiciune de afecțiune 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 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.

(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 a sumei corespunzătoare serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și în regim de spitalizare continuă, după caz, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune 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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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.”

46. 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: (...)”

47. 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, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 92 alin. (1) lit. i);

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).”

48. 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;”

49. 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;”

50. 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;”

51. 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.”

52. 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 a sumei corespunzătoare serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune 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 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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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.

(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, 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.”

53. 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.”

54. 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;”

55. 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;”

56. 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.”

57. 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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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. (3) 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 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 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.”

58. 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.”

59. 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;

60. 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;”

61. 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.”

62. 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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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. (3) 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.”

63. 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: (...)

64. 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, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 131 lit. t);

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).”

65. 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.”

66. 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;”

67. 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.”

68. 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.”

69. 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 afecțiuni oncologice 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 Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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. (3) 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 medicale acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologice pentru recuperarea 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 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.”

70. 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: (...)”

71. 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, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 142 lit. g);

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).”

72. 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;

73. 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, 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 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 afecțiune oncologică pentru această afecțiune și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.”

74. 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;”

75. 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 afecțiune oncologică pentru această afecțiune.”

76. 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.”

77. 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 - se stabilește având în vedere modalitățile 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.”

78. 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, aprobate prin ordin al ministrului 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. – 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.

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.

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.

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. – Pentru decontarea la nivel realizat a serviciilor medicale acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, acordate de furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, fondurile care depășesc nivelul alocat în bugetul FNUASS se asigură prin modificarea sumelor aprobate prin legile bugetare anuale în aplicarea art. 5 alin. (2) din Legea nr. 293/2022, pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare.

Art. IV. - Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2024.

**PRIM-MINISTRU
Ion - Marcel CIOLACU**

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul proiectului de act normativ

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

Secțiunea a 2-a

Motivul emiterii actului normativ

2.1 Sursa proiectului de act normativ:

Prevederile art. 5 alin. (1) și (2) din Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, conform cărora:

“ART 5

(1) Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România se finanțează de la bugetul de stat prin bugetul Ministerul Sănătății și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), după caz, conform prevederilor art. 58 și ale art. 271 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Suma aprobată anual pentru finanțarea planului național reprezintă cel puțin 20% din totalul fondurilor aprobate pentru desfășurarea programelor de sănătate la nivel național de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

(2) Fondurile necesare pentru acordarea și decontarea la nivelul realizat a serviciilor și investigațiilor medicale prevăzute în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România se aprobă prin legile bugetare anuale, atât în bugetul FNUASS, cât și în bugetul Ministerului Sănătății, după caz. Sumele aprobate prin legile bugetare anuale pot fi modificate în cursul exercițiului bugetar, cu respectarea regulilor și a condițiilor prevăzute de lege.”

Prevederile art. 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, potrivit cărora:

“ART. 2

(1) Persoanele prevăzute la art. 4 alin. (1) din Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de servicii medicale de prevenire, diagnostic și tratament al cancerului, de servicii de îngrijire, inclusiv îngrijiri paliative, de servicii conexe actului medical, cuprinse în Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România, în condițiile 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 și a normelor sale de aplicare, precum și în condițiile prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, și a normelor tehnice de aplicare a acestora.

(2) Asigurarea serviciilor medicale necesare în vederea diagnosticului de cancer pentru persoanele care nu beneficiază de asigurare socială de sănătate se realizează de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.”

Prevederile art. 232 alin. (3⁵) și (3⁶) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora:

“(3⁵) Persoanele neasigurate beneficiază de aceleași servicii ca persoanele asigurate în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și/sau HIV, beneficiind ulterior de acces la terapiile specifice din cadrul programelor naționale de sănătate sau al programelor terapeutice derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(3⁶) Fondurile necesare pentru plata acestor servicii medicale 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.”

Pronunțarea de către instanțele de judecată a unor soluții nefavorabile CNAS, precum Decizia civilă definitivă nr. 604/07.02.2023 pronunțată de către Înalta Curte de Casație și Justiție Secția de Contencios Administrativ și Fiscal în dosarul nr. 51/36/2018, care privesc în principal regimul sancționatoriu al spitalelor în cadrul relației contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru nerespectarea de către medicii prescriptori din spital a obligației de a respecta protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, respectiv a indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor, pentru situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, nu a fost aprobat protocolul, prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2 Descrierea situației actuale

Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, reglementează pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază care sunt prevăzute în anexa nr. 1 la hotărâre și Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prevăzut în anexa nr. 2 la hotărâre.

În asistența medicală primară, persoanele neasigurate beneficiază de un pachet minimal extins ce cuprinde aceleași servicii medicale ca pachetul de bază, cu excepția serviciilor adiționale; în cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului, consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Pentru nerespectarea obligației de a respecta protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, respectiv a indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor, pentru situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, nu a fost aprobat protocolul, prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară li se aplică în relația contractuală încheiată cu casa de asigurări de sănătate, următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

În prezent, 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.

Pentru nerespectarea obligației de a respecta protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, respectiv a indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor, pentru situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, nu a fost aprobat protocolul, prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice li se aplică în relația contractuală încheiată cu casa de asigurări de sănătate, următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

Pentru nerespectarea aceleiași obligații, furnizorilor de servicii medicale stomatologice, li se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea aceleiași obligații, furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, li se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Serviciile medicale paraclinice necesare asiguraților în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se decontează în prezent de către casele de asigurări de sănătate cu încadrare în valoarea de contract.

În prezent, serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice se decontează la nivel realizat de către casele de asigurări de sănătate doar pentru persoanele asigurate. Persoanele neasigurate beneficiază doar de serviciile de spitalizare prevăzute în pachetul minimal.

Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă persoanelor asigurate cu diagnostic de afecțiune oncologică se decontează de către casele de asigurări de sănătate cu încadrare în valoarea de contract.

Pentru nerespectarea obligației de a respecta protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de

sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, respectiv a indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor, pentru situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, nu a fost aprobat protocolul, prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorilor de servicii medicale spitalicești li se aplică în relația contractuală încheiată cu casa de asigurări de sănătate, următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

Aceleași sancțiuni se aplică și pentru nerespectarea obligației mai sus menționate de către furnizorii de servicii medicale în sanatorii.

Pentru persoanele asigurate, inclusiv cele diagnosticate cu afecțiune oncologică, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile de transport sanitar neasistat contractate cu furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, în limita valorii de contract.

Pentru persoanele asigurate inclusiv cele diagnosticate cu afecțiune oncologică, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile de îngrijiri medicale, respectiv paliative la domiciliu, cu încadrare în valoarea de contract.

Pentru persoanele asigurate, inclusiv cele diagnosticate cu afecțiune oncologică, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile contractate cu furnizorii din asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii, cu încadrare în valoarea de contract.

2.3 Schimbări preconizate

Prin proiectul de act normativ se propune reglementarea unui pachet 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 – pentru asigurarea accesului persoanelor neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, la servicii necesare pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică, la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice și la nivelul asistenței medicale spitalicești. Aceste servicii pentru diagnosticarea afecțiunii oncologice vor putea fi acordate persoanelor neasigurate în plus față de serviciile ce sunt cuprinse în prezent în pachetul minimal de servicii.

Totodată, prin proiectul de act normativ vor fi puse în aplicare prevederile art. 232 alin. (3⁵) și (3⁶) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, persoanele neasigurate urmând a beneficia de testare pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și/sau HIV.

Astfel, în anexa nr. 1 la H.G. nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare vor fi introduse două noi capitole:

- Capitolul IV, cuprinzând Pachetul de servicii medicale acordate în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, ce va cuprinde două secțiuni:
- ✓ I. Pachetul de servicii medicale acordate persoanelor asigurate în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare;
- ✓ II. 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, pachet care la rândul său va cuprinde:

- A. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;
- B. Pachetul de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească;
- C. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

- Capitolul V, cuprinzând 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. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

În asistența medicală primară, pentru persoanele neasigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, medicul de familie va putea elibera bilete de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, precum și bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice recomandate în cadrul consultațiilor preventive acordate persoanelor neasigurate. Totodată, persoanele neasigurate vor beneficia de biletele de trimitere în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și/sau HIV.

Medici de familie vor întocmi evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate, iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare. 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/sau HIV, se vor evidenția distinct.

Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice 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 va cuprinde servicii medicale pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică, respectiv consultații și proceduri diagnostice. Urmare a acordării consultațiilor, medicii pot recomanda servicii medicale în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, se propune reglementarea de servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice, 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, care 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;

Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical de psihooncologie cuprinde:

- 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.

Începând cu data intrării în vigoare a hotărârii, 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.

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.

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.

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.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se vor deconta 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.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia 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 potrivit prevederilor 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.

Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice vor avea 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 factureze lunar în mod distinct serviciile acordate în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, și să transmită factura în format electronic în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate vor avea obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor efectuate, raportate și validate conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru, cu încadrare în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

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.

Furnizorii vor întocmi evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate, iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia 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.

Furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu vor întocmi evidențe

distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

În aplicarea prevederilor art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023, casele de asigurări de sănătate vor încheia 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. Decontarea serviciilor medicale paraclinice se va face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

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, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

În aplicarea prevederilor art. 232 alin. (3⁵) și (3⁶) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate vor încheia 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/sau HIV.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor întocmi 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 le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Totodată, furnizorii vor avea 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/sau HIV.

La nivelul asistenței medicale spitalicești, 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, va cuprinde servicii medicale acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea afecțiunii oncologice în regim de spitalizare de zi.

În aplicarea prevederilor art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023, casele de asigurări de sănătate vor încheia cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, acte adiționale la contractele de furnizare de servicii spitalicești, pentru decontarea lunară a sumei corespunzătoare serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, pentru persoanele cu suspiciune de afecțiune

oncologică, care nu pot face dovada calității de asigurat. Decontarea serviciilor medicale spitalicești menționate se va face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Pentru pacienții cu suspiciune oncologică care nu pot dovedi calitatea de asigurat, spitalul va acorda 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.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia cu furnizorii de servicii medicale spitalicești acte adiționale pentru decontarea lunară a sumei corespunzătoare serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și în regim de spitalizare continuă, după caz, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune 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.

Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor întocmi 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 și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; vor întocmi 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 le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală. Casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Pentru nerespectarea obligației de a respecta protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, respectiv a indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor, pentru situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, nu a fost aprobat protocolul, prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorilor de servicii medicale de la nivelul tuturor asistențelor ce au această obligație, li se vor aplica în relația contractuală încheiată cu casa de asigurări de sănătate, următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise;
- b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația. Sancțiunea nu se aplică medicilor de familie care au 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.

Prin stabilirea unui cuantum al sancțiunii de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația respectării protocolului terapeutic, respectiv a indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor, pentru situația în care, pentru unele medicamente care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, nu a fost aprobat protocolul, se corelează sancțiunea cu gravitatea faptei, având în vedere faptul că, în cazul spitalelor, sancțiunea exprimată prin procent din valoarea de contract are o valoare monetară semnificativă, putând conduce la descurajarea medicilor de a prescrie medicamente pentru care prescrierea se realizează în baza protocolului terapeutic.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia cu furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat acte adiționale pentru decontarea lunară a sumei

corespunzătoare serviciilor de transport sanitar neasistat necesare pentru accesul pacienților la tratamentul oncologic, servicii care vor fi prevăzute în normele metodologice de aplicare ale Contractului-cadru, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

Furnizorii de consultații de urgență și transport sanitar neasistat vor întocmi evidențe distincte pentru serviciile mai sus menționate și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia 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.

Furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu vor întocmi evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia 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.

Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu vor întocmi evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia 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.

Furnizorii din asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii vor întocmi evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Furnizorii de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu vor întocmi evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru această afecțiune și le vor comunica lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală iar casele de asigurări de sănătate vor ține distinct evidențele corespunzătoare.

Furnizorii din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, asistența medicală spitalicească, furnizorii de consultații de urgență și transport sanitar neasistat, de îngrijiri medicale, respectiv paliative la domiciliu, de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii, au obligația să întocmească evidențe distincte și să întocmească lunar factură distinctă, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, a serviciilor acordate în vederea implementării pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

La articolul 216 din anexa nr. 2 din hotărâre se definește termenul de “suspiciune de afecțiune

oncologică”, susiciune care se stabilește având în vedere modalitățile 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.

La articolul 218 din Capitolul XIV din anexa nr. 2 din hotărâre, se face precizarea că plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului 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, pentru coroborare cu prevederile art. 5 din Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

Totodată, proiectul de act normativ propune modificarea anumitor prevederi din H.G. nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la transmiterea de către toate categoriile de furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a facturii și a documentelor justificative, ținând cont de faptul că factura va fi încărcată în sistemul național RO e-factura; prin urmare documentele justificative nu vor mai însoți factura, astfel cum este reglementat în prezent, ci se vor transmite caselor de asigurări de sănătate separat de transmiterea facturii.

2.4 Alte informații – nu este cazul

**Secțiunea a 3-a
Impactul socioeconomic**

3.1 Descrierea generală a beneficiilor și costurilor estimate ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.2 Impactul social - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.3 Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.4 Impactul macroeconomic

3.4.1 Impactul asupra economiei și asupra principalilor indicatori macroeconomici

3.4.2 Impactul asupra mediului concurențial și domeniul ajutoarelor de stat

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.5. Impactul asupra mediului de afaceri - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.6 Impactul asupra mediului înconjurător - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.7 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.8 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.9 Alte informații – Nu sunt.

**Secțiunea a 4-a
Impactul financiar asupra bugetului general consolidat,**

atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung (pe 5 ani), inclusiv informații cu privire la cheltuieli și venituri

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
1	2	3	4	5	6	7
4.1 Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care a) buget de stat, din acesta: (i) impozit pe profit (ii) impozit pe venit b) bugete locale: (i) impozit pe profit	Nu este cazul					

c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuții de asigurări d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)						
4.2 Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) bugete locale: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)	Nu este cazul					
4.3 Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					
4.4 Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
4.5 Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
4.6 Calcule detaliate privind fundamentarea modificării veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
4.7 Prezentarea, în cazul proiectelor de acte normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente: Nu este cazul.						
4.8 Alte informații – Nu sunt.						
Secțiunea a 5-a						
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare						
5.1 Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate – se modifică; - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2168/502/2023 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 – se modifică; - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 867/541/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate – se modifică; - Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi – se modifică; - Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 563/2023 pentru aprobarea						

documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special – se modifică.
5.2 Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5.3 Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația UE (în cazul proiectelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE). 5.3.1 Măsuri normative necesare transpunerii directivelor UE 5.3.2 Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5.4 Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5.5 Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente asumate Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5.6. Alte informații Nu sunt
Secțiunea a 6-a
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ
6.1 Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative – Nu este cazul Negocieri/consultări cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, precum și cu organizațiile patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, conform dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
6.2 Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate. – Nu este cazul
6.3 Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale
6.4 Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative – Nu este cazul
6.5 Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ - se supune avizului Consiliului legislativ. b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi
6.6 Alte informații - Nu sunt.
Secțiunea a 7-a
Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ
7.1 Informarea societății civile cu privire la elaborarea proiectului de act normativ Potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se avizează de Ministerul Sănătății. Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 07.03.2024.
7.2 Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice. Nu este cazul.
Secțiunea a 8-a
Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea proiectului de act normativ

8.1 Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

8.2 Alte informații - Nu sunt.

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Hotărâre a Guvernului privind modificarea și completarea 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.

Ministrul sănătății

Alexandru RAFILA

**Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate**

Valeria HERDEA

Avizăm:

Viceprim-ministru

Marian NEACȘU

Viceprim-ministru

**Ministrul Afacerilor Interne,
Marian-Cătălin PREDOIU**

Ministrul justiției,

Alina-Ștefania GORGHIU

Ministrul finanțelor,

Marcel-Ioan BOLOȘ

Ministrul Apărării Naționale,

Angel TÎLVĂR

Ministrul muncii și solidarității sociale

Simona BUCURA-OPRESCU

Directorul Serviciului Român de Informații

Directorul Serviciului de Informații Externe,

Gabriel VLASE

Președintele Academiei Române

Academician Ioan Aurel POP