



GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

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

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

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

1. La articolul 14, alineatul (8) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(8) Preluarea unui praxis în alte condiții decât cele prevăzute la alin. (7) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă această preluare are ca rezultat înființarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condițiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.”

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

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

3. La articolul 23, alineatul (3), litera i) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

4. La articolul 35, alineatul (1[^]2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1[^]2) Pentru trimestrul IV al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este de 5 lei.”

5. La articolul 72, după alineatul (3⁴), se introduce un nou alineat, alin. (3⁵), cu următorul cuprins:

“(3⁵) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și cu medicii de familie, acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, cu ocazia acordării consultației pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, ca urmare a suspiciunii de afecțiune oncologică.

6. La articolul 77, după alineatul (14) se introduc opt noi alineate, alin. (15) – (22) cu următorul cuprins:

“(15) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și cu medicii de familie, acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat, conform programului de lucru asumat și declarat în actul adițional, 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 necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, cu ocazia acordării consultației, ca urmare a suspiciunii de afecțiune oncologică.

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

(16) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, prevăzut în norme.

(17) Actul adițional prevăzut la alin. (15) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta, 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 de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară.

(18) Actul adițional prevăzut la alin. (15) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (15) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(19) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice prevăzute la alin. (15) 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.

(20) 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.

(21) Furnizorii prevăzuți la alin. (15) 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. (15).

(22) Pentru serviciile medicale paraclinice prevăzute la alin. (15), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

7. 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 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, 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 prevăzute în norme acordate persoanelor

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

8. La articolul 110, literele b) și l) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii, a listei certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și a documentelor 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, a documentelor justificative și a listei certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară, contravaloarea serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;

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

9. La articolul 113¹, alineatele (1) și (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

.....
(8) Pentru decontarea sumei corespunzătoare serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, în aplicarea dispozițiilor 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.”

10. La articolul 153, după litera ab), se introduce o nouă literă, lit. ac) cu următorul cuprins:

“ac) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1473/2018 pentru crearea cadrului de aplicare a prevederilor Regulamentului delegat (UE) 2016/161 al Comisiei din 2 octombrie 2015 de completare a Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului prin stabilirea de norme detaliate pentru elementele de siguranță care apar pe ambalajul medicamentelor de uz uman, la momentul eliberării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, din prescripțiile medicale.”

11. La articolul 155, după litera o), se introduce o nouă literă, lit. p) cu următorul cuprins:

“p) să aducă la cunoștința Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România nerespectarea de către furnizorii de medicamente a obligației prevăzută la art. 153 lit. ac.”

12. La articolul 158, după alineatul (2), se introduce un nou alineat, alin. (2[^]1), cu următorul cuprins:

”(2[^]1) Prin excepție de la prevederile alin. (1), persoanele afectate de situațiile de urgență sau stările potențial generatoare de situații de urgență, astfel cum acestea sunt reglementate de Ordonanța de

urgentă a Guvernului nr. 21/2004 privind Sistemul Național de Management al Situațiilor de Urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 15/2005, cu modificările și completările ulterioare, pot beneficia o singură dată de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită de ultima prescripție medicală eliberată de medicul prescriptor, caz în care dispozițiile alin. (3) nu sunt aplicabile.”

13. La articolul 167, litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:

“f) să nu modifice prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare potrivit prevederilor art. 166 alin. (1) lit. i), cu excepția perioadei de contractare anuală organizată de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1); pentru perioada de aplicare a prevederilor art. I alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare, prorogarea unor termene, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, în care prevederile art. 197 alin. (1) nu se aplică, furnizorii pot modifica o singură dată pe an prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare;”

Art. II. Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 octombrie 2024, cu excepția dispozițiilor art. 158 alin. (2¹) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta hotărâre, care intră în vigoare la data publicării prezentei hotărâri în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. III. Pentru trimestrul IV al anului 2024 suma orientativă/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național se menține la nivelul valorii valabile în primele trei trimestre ale anului 2024.

PRIM-MINISTRU
Ion - Marcel CIOLACU