

ORDIN

pentru modificarea și completarea 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023

În temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

având în vedere:

- art. 5 alin. (1) și (2) din Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare;
- 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;
- 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;
- Hotărârea Guvernului nr. 754/2024 privind alocarea unei sume din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului, prevăzut în bugetul de stat pe anul 2024, pentru suplimentarea transferurilor din bugetul de stat către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- referatul de aprobare nr. 4772R/27.09.2024 al Ministerului Sănătății și nr. DG 6748/27.09.2024 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

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

Art. I. – Normele 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, lit. A, la pct. 1.2.8, NOTA se modifică și va avea următorul cuprins:

“NOTĂ: Pentru pacienții care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

- a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) și/sau
- b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) și/sau
- c) HbA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultațiile ulterioare de control, valoarea HbA1c este $\geq 6,5\%$, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau la medici cu competență/atestat în diabet. Medicul de familie poate recomanda efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c pentru pacientul inclus în PNS 5, potrivit Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

2. În anexa nr. 1, lit. A, la punctul 1.3., subpct. 1.3.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

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

3. În anexa nr. 1, lit. A, la pct. 1.4., în tabelul cuprinzând lista serviciilor diagnostice și terapeutice, poziția 21 se modifică și va avea următorul cuprins:

21.	Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății
-----	---

4. În anexa nr. 1, lit. B, la pct. 1.2.8, NOTA 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“NOTA 1. Pentru pacienții care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

- a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) și/sau
- b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) și/sau
- c) HbA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultațiile ulterioare de control, valoarea HbA1c este $\geq 6,5\%$, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau la medici cu competență/atestat în diabet. Medicul de familie poate recomanda efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c pentru pacientul inclus în PNS 5, potrivit Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

5. În anexa nr. 2, la articolul 6, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(3) 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.”

6. În anexa nr. 2, la articolul 7, alineatul (1¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1¹) Pentru anul 2024, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 12 lei.”

7. În anexa nr. 2, la articolul 7, alineatul (2¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2¹) Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.”

8. În anexa nr. 2, la articolul 7, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical prevăzută la alin. (2¹).”

9. În anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul (1) se introduc patru noi alineate, alin. (1¹) – (1⁴) cu următorul cuprins:

“(1¹) Pentru punerea în aplicare a Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, ecografiile generale (abdomen și pelvis) acordate persoanelor asigurate la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, cu respectarea prevederilor art. 77 alin. (15) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(1²) Pentru punerea în aplicare a Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, ecografiile generale (abdomen și pelvis) acordate persoanelor neasigurate la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, cu respectarea prevederilor art. 72 alin. (3⁵) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(1³) Ecografiile generale (abdomen și pelvis) efectuate atât pentru persoanele asigurate cât și pentru persoanele neasigurate, potrivit alin. (1), (1¹) și (1²) se acordă conform programului de lucru asumat și declarat în actele adiționale pentru serviciile medicale paraclinice ecografii generale (abdomen și pelvis), fără obligativitatea respectării unui interval orar distinct pentru acordarea serviciilor medicale de asistență medicală primară, respectiv pentru efectuarea ecografiilor.”

(1⁴) Numărul ecografiilor generale (abdomen și pelvis) acordate persoanelor asigurate în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, numărul ecografiilor generale (abdomen și pelvis) acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv ecografiile generale (abdomen și pelvis) efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, precum și numărul ecografiilor generale (abdomen și pelvis) acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, nu poate depăși cumulativ 3 investigații pe oră.

10. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 1, subpunctul 1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:

“1.4. Valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 12 lei.”

11. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 2, subpunctele 2.2 și 2.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

12. În anexa nr. 3, la finalul anexei, secțiunea “ACT ADIȚIONAL” se modifică și va avea următorul cuprins:

“ACT ADIȚIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis).

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ACT ADIȚIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis) în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele asigurate, precum și cele 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.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ACT ADIȚIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis) în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.”

13. În anexa nr. 6, la finalul anexei, secțiunea “ACT ADIȚIONAL” se modifică și va avea următorul cuprins:

“ACT ADIȚIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis) în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele asigurate, precum și cele 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.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ACT ADIȚIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis) în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ACT ADIȚIONAL

- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis), cu excepția celor efectuate în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.”

14. În anexa nr. 6a, la articolul 9 punctul 1, subpunctele 1.2 și 1.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

15. În anexa nr. 7, lit. B, în tabelul de la punctul 1.10, pct. 7, 8a, 8b, 9 și 10 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Durata serviciului	Tarif/ serviciu
(...)				
7.	Depistarea precoce a cancerului de sân *4) - serviciul se poate acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consultatie chirurgie generală/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitală 2D*10) Comunicare rezultat	45 minute	238 lei
8a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5a) - serviciile de consultație și efectuare mamografie se pot acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consultație chirurgie generală/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitală 2D*10) Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	60 minute	342 lei

8b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5b) - serviciile de consultație și efectuare mamografie se pot acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consult chirurgie generală / obstetrică-ginecologie Mamografie digitală 2D*10) Mamografie cu tomosinteză unilateral Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	75 min	702 lei
9.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6) - consultația de specialitate obstetrică-ginecologie și recoltarea materialului celular cervico-vaginal se poate acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare material celular cervico-vaginal Consultație de specialitate: obstetrică-ginecologie pentru comunicarea rezultatului și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	30 minute	198 lei
(...)				
10.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7) - serviciile de consultație și recoltare/testare se pot acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare material celular cervico-vaginal Examen citologic Babeș-Papanicolaou Consultație de specialitate: obstetrică-ginecologie pentru comunicarea rezultatului și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	30 minute	244 lei
(...)				

”

16. În anexa nr. 7, lit. B, după NOTA 5 de la punctul 1.10., se introduce o nouă notă, NOTA 6 cu următorul cuprins:

“NOTA 6: Criteriile de eligibilitate și criteriile de excludere, algoritmul de testare și condițiile ce trebuie îndeplinite de unitățile sanitare pentru realizarea serviciilor de screening sunt prevăzute în metodologiile de screening aprobate prin ordin al ministrului sănătății.”

17. În anexa nr. 7, lit. B, după punctul 6., se introduce un nou punct, punctul 6¹., cu următorul cuprins:

“6¹. Pentru punerea în aplicare a Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală de specialitate pentru specialitățile

clinice, ecografiile cuprinse la pct. 2 de la litera A din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate persoanelor asigurate, la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, cu respectarea prevederilor art. 77 alin. (15) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare.

Numărul ecografiilor efectuate în limita competenței și a dotărilor necesare, ca o consecință a actului medical propriu sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, precum și cele acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv ecografiile efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, nu poate depăși cumulativ 3 investigații pe oră.”

18. În anexa nr. 7, litera D, punctul 1, în tabelul de la subpunctul 1.3, pct. 1, 2a, 2b, 3 și 4 se modifică și vor avea următorul cuprins:

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif/serviciu - lei -
1.	Depistarea precoce a cancerului de sân *1) - serviciul se poate acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consultatie chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie digitală*6) Comunicare rezultat	238
2a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *2a) - serviciile de consultație și efectuare mamografie se pot acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie digitală*6) Senologie imagistică*6) Comunicare rezultat	342
2b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *2b) - serviciile de consultație și efectuare mamografie se pot acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consult chirurgie generală / obstetrică-ginecologie Mamografie digitală *6) Mamografie cu tomosinteză unilateral Senologie imagistică*6) Comunicare rezultat	702
3.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*3) - consultația de specialitate obstetrică-ginecologie și recoltarea materialului celular cervico-vaginal se poate acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare material celular cervico-vaginal Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie pentru comunicarea rezultatului și	198

	medicale mobile, respectiv caravane medicale	consiliere privind conduita in funcție de rezultate	
(...)			
4.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*4) - serviciile de consultație și recoltare/testare se pot acorda inclusiv de către cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare material celular cervico-vaginal Examen citologic Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie pentru comunicarea rezultatului și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	244

19. În anexa nr. 7, litera D, punctul 1.3, după NOTA 5, se introduce o nouă notă, NOTA 6 cu următorul cuprins:

“NOTA 6: Criteriile de eligibilitate și criteriile de excludere, algoritmul de testare și condițiile ce trebuie îndeplinite de unitățile sanitare pentru realizarea serviciilor de screening sunt prevăzute în metodologiile de screening aprobate prin ordin al ministrului sănătății.”

20. În anexa nr. 7, litera D, punctul 2, partea introductivă din preambulul tabelului se modifică și va avea următorul cuprins:

“2. Lista specialităților clinice pentru care se încheie act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate, pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică: (...)”

21. În anexa nr. 7, litera D, după punctul 2, se introduce un nou punct, punctul 3 cuprinzând subpunctele 3.1 și 3.2. precum și două NOTE, NOTA 1 și NOTA 2, cu următorul cuprins:

“3. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua în limita competenței și a dotărilor necesare, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, ecografiile cuprinse la pct. 2 de la litera C din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, ca o consecință a actului medical propriu sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului.

3.1. Casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, ecografiile acordate persoanelor neasigurate, la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, cu respectarea prevederilor art. 72 alin. (3⁵) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

3.2. Numărul ecografiilor efectuate pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice nu poate depăși 3 investigații pe oră.

NOTA 1: Ecografiile efectuate atât pentru persoanele asigurate cât și pentru persoanele neasigurate, potrivit art. 72 alin. (3⁵) și art. 77 alin. (15) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, se acordă conform programului de lucru asumat și declarat în actele

adiționale pentru serviciile medicale paraclinice ecografii, fără obligativitatea respectării unui interval orar distinct pentru acordarea serviciilor medicale de asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, respectiv pentru efectuarea ecografiilor.

NOTA 2: Medicul de specialitate cu o specialitate clinică poate efectua un număr maxim de 3 ecografii/oră, indiferent dacă ecografiile au fost efectuate pentru persoanele asigurate sau pentru persoanele neasigurate.”

22. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (3¹) se introduce un nou alineat, alineatul (3²), cu următorul cuprins:

“(3²) Pentru trimestrul IV al anului 2024 valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, este de 5 lei.”

23. În anexa nr. 8, la articolul 4, alineatul (4¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(4¹) Pentru anul 2024, prevederile alin. (4) nu se aplică.”

24. În anexa nr. 9, la finalul anexei, secțiunea “ACT ADIȚIONAL” se modifică și va avea următorul cuprins:

“ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale de specialitate clinică acordate persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative adaptat.

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele asigurate, precum și cele 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.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a constatării suspiciunii de afecțiune oncologică cu ocazia acordării consultației, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, cu excepția celor efectuate în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului.

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.”

25. În anexa nr. 17, la litera A, NOTA 3 de sub tabelul de la punctul 1 - Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator, se modifică și va avea următorul cuprins:

“NOTA 3: Toate examinările histopatologice și imunohistochimice din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maximum 6 blocuri.

Examinările citologice din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu, în cabinetele de medicină de familie și în cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale. Serviciile de la poziția 80¹ se decontează după

raportarea în Registrul național de screening pentru cancerul colorectal, începând cu data implementării acesteia la nivel național/ SIUI.”

26. În anexa nr. 17, la litera C, NOTA 3 de sub tabelul de la punctul 1 - Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator, se modifică și va avea următorul cuprins:

“NOTA 3: Toate examinările histopatologice și imunohistochimice din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri. Examinările citologice din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu, în cabinetele de medicină de familie și în cabinete medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale. Serviciile de la poziția 50 se decontează după raportarea în Registrul național de screening pentru cancerul colorectal, începând cu data implementării acesteia la nivel național / SIUI.”

27. În anexa nr. 18, la articolul 3, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul următorul cuprins:

“(3) Prin excepție de la obligativitatea încadrării în valoarea de contract, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale pentru serviciile medicale paraclinice, ecografiile acordate persoanelor asigurate, respectiv neasigurate, după caz.”

28. În anexa nr. 22, CAPITOLUL I, litera B, sub tabelul de la pct. B.4.1, după NOTA 5 se introduce o nouă notă, NOTA 6, cu următorul cuprins:

“NOTA 6: Criteriile de eligibilitate și criteriile de excludere, algoritmul de testare și condițiile ce trebuie îndeplinite de unitățile sanitare pentru realizarea serviciilor de screening sunt prevăzute în metodologiile de screening aprobate prin ordin al ministrului sănătății.”

29. În anexa nr. 22, CAPITOLUL I, litera B, sub tabelul de la pct. B.4.2, după NOTA 3 se introduce o nouă notă, NOTA 4, cu următorul cuprins:

“NOTA 4: Criteriile de eligibilitate și criteriile de excludere, algoritmul de testare și condițiile ce trebuie îndeplinite de unitățile sanitare pentru realizarea serviciilor de screening sunt prevăzute în metodologiile de screening aprobate prin ordin al ministrului sănătății.”

30. În anexa nr. 22, CAPITOLUL IV, sub tabelul de la punctul 2, după NOTA 4, se introduce o nouă notă, NOTA 5, cu următorul cuprins:

“NOTA 5: Criteriile de eligibilitate și criteriile de excludere, algoritmul de testare și condițiile ce trebuie îndeplinite de unitățile sanitare pentru realizarea serviciilor de screening sunt prevăzute în metodologiile de screening aprobate prin ordin al ministrului sănătății.”

31. În anexa nr. 23 A, în tabel, poziția 59 se modifică și va avea următorul cuprins:

59	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ SF. PANTELIMON BUCUREȘTI	B_21	2.132	1,6776	4,84
----	--	------	-------	--------	------

32. În anexa nr. 27, la litera B, Nota pentru punctul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

“Notă pentru punctul 2:

Activitățile de transport sanitar neasistat 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 Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, nu sunt cuprinse la pct. 2.1-2.10.”

33. În anexa nr. 27, la litera B, punctul 3, precum și subpunctele 3.2 și 3.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“3. Transport sanitar neasistat acordat persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, acordate în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

Transportul sanitar neasistat include:

3.2. Transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru consultație în vederea diagnosticării, evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor oncologice, pacientului care deține bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice cu evidențiere distinctă corespunzătoare; pacienților cu afecțiuni oncologice și oncohematologice care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate nu li se solicită prezentarea biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice în vederea transportului dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice oncologie/hematologie/oncologie și hematologie pediatrică și de la cabinet la domiciliu;

3.3. Transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru diagnosticarea și monitorizarea afecțiunilor oncologice, pacientului care deține bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice cu evidențiere distinctă corespunzătoare, precum și pentru investigațiile recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor de prevenție; (...)

34. În anexa nr. 28, la articolul 5, alineatul (1¹) și alineatul (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1¹) Prin excepție de la prevederile alin. (1), plata serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute la pct. 3 de la litera B din anexa nr. 27 la ordin, persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, se face la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful pe kilometru parcurs, respectiv pe milă parcursă, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 și la litera B pct. 2 și pct. 3 din anexa nr. 27 la ordin, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.”

35. În anexa nr. 29, la articolul 5, litera b) și litera 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 Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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 certificate de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară, contravaloarea serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute la pct. 3 de la litera B din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune

de afecțiune oncologică, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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 anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică și persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică.”

36. În anexa nr. 29, la articolul 6, alin. 91) 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, având obligația de a le comunica 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 prevăzute la pct. 3 de la litera B din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, 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;”

37. În anexa nr. 29, la articolul 8, la alineatul (2), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate private autorizate și acreditate sau înscrise în procesul de acreditare, după caz, solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 și la litera B pct. 2 și pct. 3 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.”

38. La anexa nr. 37, la articolul 6, după litera o), se introduce o nouă literă, litera 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. 7 lit. ac) din anexa nr. 37 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

39. În anexa nr. 37, la articolul 7, după litera ab), se introduce o nouă literă, litera 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.”

40. În anexa 38, lit. A. pct. 3.1. de sub tabelul de la pct. 3. Dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară, se modifică și va avea următorul cuprins:

“3.1. Pentru dispozitivele prevăzute la poz. 1 - 4, durata prescripției este pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru pacienții care nu au incontinență urinară permanent, respectiv retenție urinară permanentă și nelimitată pentru pacienții care au incontinență urinară permanentă, respectiv retenție urinară permanentă.”

41. În anexa nr. 39, la articolul 1 alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(6) Durata prescripției pentru dispozitivele de protezare stomii și pentru dispozitivele pentru retenție sau/și incontinență urinară este de maximum 90/91/92 de zile. Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienților cu stome permanente și pentru dispozitive pentru incontinență urinară, în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinență urinară permanentă". Pentru dispozitivele pentru retenție urinară, în cazul pacienților cu retenție urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "retenție urinară permanentă". Pacienți cu retenție urinară permanentă sunt pacienți cu leziuni medulare traumatice și pacienți cu vezică neurogenă. Durata prescripției medicale pe care este menționat "stomă permanentă", "incontinență urinară permanentă", respectiv "retenție urinară permanentă" este nelimitată.”

42. În anexa nr. 39, la articolul 2, alineatul (1) și alineatul (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal al asiguratului sau orice persoană, cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezitanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale, persoane care desfășoară activitate la nivelul acestora), depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și se prezintă certificatul de naștere.

Pentru obținerea protezelor de membru superior, protezelor de membru inferior - proteze definitive, dispozitivelor de protezare stomii - pentru pacienții cu stome permanente, dispozitivelor pentru incontinență urinară - pentru pacienții cu incontinență urinară permanentă, dispozitivelor pentru retenție urinară - pentru pacienții cu retenție urinară permanentă echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP și dispozitivelor de asistare a tusei - pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal al asiguratului sau orice persoană, cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezitanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale, persoane care desfășoară activitate la nivelul acestora), depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical și prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se specifică în cerere domiciliul copilului și se prezintă certificatul de naștere.

Documentele necesare obținerii dispozitivului medical se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică.

.....

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu cererea

la casa de asigurări de sănătate o singură dată. În situația pacienților cu incontinență urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență urinară permanentă se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată. În situația pacienților cu retenție urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de retenție urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea ”retenție urinară permanentă” se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată.”

43. În anexa nr. 39, la articolul 3 alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(4) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și retenție sau/și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și retenție sau/și incontinență urinară pentru asigurații cu stome permanente, pentru asigurații cu incontinență urinară permanentă și pentru asigurații cu retenție urinară permanentă este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea filtrului umidificator HME este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 12 luni calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea adezivilor pentru filtrele umidificatoare HME este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 12 luni calendaristice.”

44. În anexa nr. 39 A, articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

“ART. 1

Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unei deficiențe organice sau funcționale

.....
.....

Dispozitive pentru protezare stomii/Dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară:

set de referință set modificat

Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

dreapta stânga

pe o perioadă de termen de înlocuire de
pentru beneficiarul

Pacient diagnosticat cu afecțiune oncologică DA / NU ”

45. În anexa nr. 40, la articolul 6, 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) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu excepția perioadei de contractare anuală organizate de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare; 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) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, nu se aplică, furnizorii putând modifica o singură dată pe an prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare; modificarea se face în același timp pentru toate dispozitivele medicale pentru care furnizorul consideră necesar a se modifica prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere;”

Art. II. - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I și intră în vigoare la data de 1 octombrie 2024, cu excepția dispozițiilor de la poziția 59 din tabelul de la anexa nr. 23 A la 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, astfel cum a fost modificat și completat prin prezentul ordin, care intră în vigoare la data de 1 decembrie 2024.

Ministrul sănătății
Alexandru RAFILA

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Valeria HERDEA