



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, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La anexa nr. 1, Nota de la Capitolul I, lit. A, se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ:

În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană neasigurată. Detalierea serviciilor medicale acordate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.”

2. La anexa nr. 1, Nota de la Capitolul II, lit. A, se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ:

În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană asigurată. În situația în care se acordă două sau mai multe consultații în aceeași zi, medicul eliberează toate documentele necesare asiguratului urmare actului medical. Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.”

3. În 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 însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate **conform normelor**;”.

4. În 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 însoțite de documente 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;”

5. La anexa nr. 2, la articolul 13, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (3¹), cu următorul cuprins:

„(3¹) În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de lucru prevăzut la alin. (1) se poate prelungi cu până la două ore zilnic și/sau se poate modifica conform normelor.”

6. La anexa nr. 2, la articolul 15, alineatul (2), lit. a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă și gen reglementată în norme, număr de puncte ce este ajustat în funcție de gradul profesional al medicului de familie și de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, și cu valoarea garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează la depășirea pragurilor de punctaj stabilite conform normelor în situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200.

Valoarea garantată a unui punct per capita este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.”

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

“(8) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4);
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în luna ianuarie 2024;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;
5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1 – 4, care se repartizează astfel:
 - a) 35% pentru plata per capita;
 - b) 65% pentru plata pe serviciu medical.”

8. În 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 însoțite de documente justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii minimal contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor.”

9. La anexa nr. 2, la articolul 18, alineatele (4) și (6) se abrogă.

10. În Anexa nr. 2, la articolul 27, literele a) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente 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.

(...)

d) pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate, precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii pot elibera bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;”

11. În 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 însoțite de documente 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 35, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹) cu următorul cuprins:

„(1¹) În anul 2024, pentru perioada februarie – decembrie 2024, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național, se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) și suma destinată plății activității desfășurate în luna ianuarie a anului 2024.”

13. La anexa nr. 2, la articolul 35, alineatul (3) se abrogă.

14. În anexa nr. 2, art. 88 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 88

(1) În unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești și decontate prin tarif pe serviciu medical și/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme și în condițiile prevăzute în norme.

(2) Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi), dar nu mai puțin de 3 ore/vizită (zi), cu excepția serviciilor reglementate în norme.”

15. În anexa nr. 2, la articolul 121, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate **conform normelor**;”

16. În 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 însoțite de documente 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;”

17. În 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 însoțite de documente 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;”

18. În 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 însoțite de documente 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**;”

19. În anexa nr. 2, la articolul 216, după litera k) se introduce o nouă literă, litera l) cu următorul cuprins:

„l) validat conform normelor – confirmarea înregistrării serviciului medical pe care furnizorul, pe proprie răspundere, l-a raportat ca fiind efectuat conform contractului, acesta urmând a fi supus agregării la nivel național și verificării în vederea efectuării decontării.

Orice serviciu înregistrat în sistem va face obiectul confirmării efectuării serviciului din partea beneficiarului /unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soț/soție, o persoană împuternicită legal, începând cu data implementării prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

20. În anexa nr. 2, la articolul 218, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, întocmite distinct și eliberate de medicii de familie, precum și de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate, care vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective, potrivit anexei nr. 2a la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2.168/502/2023 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, cu modificările și completările ulterioare.”

Art. II. - Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 februarie 2024.

PRIM-MINISTRU
Ion - Marcel CIOLACU

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul proiectului de act normativ

HOTĂRÂRE

pentru 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:

- publicarea Legii nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024, în Monitorul Oficial al României, Partea I, în data de 29.12.2023,
- asigurarea continuității activității pe toate segmentele de asistență medicală, ceea ce a impus încheierea actelor adiționale între casele de asigurări de sănătate și furnizori în data de 29.12.2023, cu consecință asupra menținerii în luna ianuarie 2024 a valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu în asistența medicală primară, precum și a valorii garantate a punctului pe serviciu în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice,
- utilizarea mai eficientă a fondurilor alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate,
- dispozițiile art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care stabilesc elaborarea Contractului-cadru multianual de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR), Colegiul Farmaciștilor din România (CFR), Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România (OBBCSSR), precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical,
- punerea în aplicare a dispozițiilor art. I pct 1 din Legea nr. 378/2023 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative

2.2 Descrierea situației actuale

Potrivit prevederilor 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, cu modificările și completările ulterioare, pentru anul 2024:

- pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu în asistența medicală primară, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4);
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

4. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1 - 3, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical;

Consultațiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraților de medicii de familie în primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

Serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 ianuarie a anului în curs, care depășesc limitele stabilite prin norme, și care nu sunt decontate potrivit celor anterior menționate sunt incluse în plata per capita, aferentă anului în curs.

Numărul de puncte per capita acordat unui medic de familie pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează în condițiile prevăzute în norme.

Consultațiile acordate asiguraților de medicii de specialitate cu specialități clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de specialitate cu specialități clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative desfășurate în luna decembrie.

Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, întocmite distinct și eliberate de medicii de familie, precum și de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate.

2.3 Schimbări preconizate

În proiectul de act normativ sunt cuprinse propuneri referitoare la:

- în asistența medicală primară:

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023;
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în luna ianuarie 2024;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;
5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele

prevăzute la pct. 1–4, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

Norma propusă are în vedere necesitatea menținerii în luna ianuarie 2024 a valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu în asistența medicală primară și calculul unor noi valori de puncte per capita și pe serviciu valabile pentru perioada februarie - decembrie 2024, calculate în concordanță cu fondurile aprobate pentru acest domeniu de asistență medicală prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024.

Pentru claritatea reglementărilor și implicit o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS, s-a precizat că în asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană, prin care este abordată în integralitate starea de sănătate a pacientului. Urmare actului medical, medicul eliberează toate documentele necesare pacientului (de ex. eliberarea de prescripții medicale atât pentru simptomele acute cât și pentru afecțiunile cronice ale pacientului, bilete de trimitere, recomandări).

Programul de lucru al medicilor de familie se poate prelungi numai în situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie este mai mare de 2.200 – număr maxim de persoane înscrise pe listă pentru asigurarea calității asistenței medicale sau se poate modifica.

Pentru descurajarea listelor de capitație cu peste 2.200 de pacienți, având în vedere calitatea actului medical și accesul pacienților la servicii, se diminuează plata per capita pentru medicii de familie cu liste mari.

Se propune eliminarea regularizării la 11 luni, prin care suma rămasă neconsumată în bugetul FNUASS alocată asistenței medicale primare se repartizează proporțional cu consultațiile realizate în timpul anului, care depășesc programul de lucru, pentru o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS.

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

Pentru anul 2024, pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național, se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la HG nr. 521/2023, precum și suma destinată plății activității desfășurate în luna ianuarie a anului 2024.

Norma propusă are în vedere necesitatea menținerii în luna ianuarie 2024 a valorii garantate a punctului pe serviciu în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și calculul unei noi valori de punct pe serviciu valabilă pentru perioada februarie - decembrie 2024, calculată în concordanță cu fondurile aprobate pentru acest domeniu de asistență medicală prin Legea nr. 421/2023 a bugetului de stat pentru anul 2024.

Se propune eliminarea regularizării la 11 luni, prin care suma rămasă neconsumată în bugetul FNUASS alocată asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialități clinice se repartizează proporțional cu consultațiile realizate în timpul anului, care depășesc programul de lucru, pentru o mai bună gestionare a fondurilor aprobate în bugetul FNUASS.

- în asistența medicală spitalicească:

Pentru creșterea calității serviciilor acordate în regim de spitalizare de zi, se va reglementa o limită minimă pentru acordarea serviciului de spitalizare de zi, respectiv o durată de minim 3 ore/vizită (zi).

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice:

În aplicarea dispozițiilor art. I pct 1 din Legea nr. 378/2023 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate,

| | | | | | | |
|---|---------------|--------------------|---|---|---|-------------------|
| <p>precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, în lista afecțiunilor pentru care, pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se suplimentează sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate după încheierea lunii în care au fost acordate, prin acte adiționale, se introduce boala cronică de rinichi.</p> | | | | | | |
| <p>2.4 Alte informații – nu este cazul</p> | | | | | | |
| <p>Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic</p> | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | |
| <p>3.2 Impactul social - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.</p> | | | | | | |
| <p>3.3 Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.</p> | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | |
| <p>3.5. Impactul asupra mediului de afaceri - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.</p> | | | | | | |
| <p>3.6 Impactul asupra mediului înconjurător - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.</p> | | | | | | |
| <p>3.7 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.</p> | | | | | | |
| <p>3.8 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.</p> | | | | | | |
| <p>3.9 Alte informații – Nu sunt.</p> | | | | | | |
| <p>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</p> | | | | | | |
| Indicatori | Anul curent | Următorii 4 ani | | | | Media pe 5 ani |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <p>4.1 Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care</p> <p>a) buget de stat, din acesta:</p> <p>(i) impozit pe profit</p> <p>(ii) impozit pe venit</p> <p>b) bugete locale:</p> <p>(i) impozit pe profit</p> <p>c) bugetul asigurărilor sociale de stat:</p> <p>(i) contribuții de asigurări</p> <p>d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)</p> | Nu este cazul | | | | | |
| <p>4.2 Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care:</p> <p>a) buget de stat, din acesta:</p> <p>(i) cheltuieli de personal</p> <p>(ii) bunuri și servicii</p> <p>b) bugete locale:</p> | Nu este cazul | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------|--|--|--|--|--|
| (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) | | | | | | |
| 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; | | | | | | |
| 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 – Negocieri/consultări cu Colegiul Medicilor 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. | | | | | | |

| |
|---|
| <p>6.2 Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate. – Nu este cazul</p> |
| <p>6.3 Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale</p> |
| <p>6.4 Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative – Nu este cazul</p> |
| <p>6.5 Informații privind avizarea de către:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 |
| <p>6.6 Alte informații - Nu sunt.</p> |
| <p>Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</p> |
| <p>7.1 Informarea societății civile cu privire la elaborarea proiectului de act normativ În cazul prezentului act normativ sunt incidente prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr.52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată. 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 11.01.2024.</p> |
| <p>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.</p> |
| <p>Secțiunea a 8-a Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea proiectului de act normativ</p> |
| <p>8.1 Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.</p> |
| <p>8.2 Alte informații - Nu sunt.</p> |

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Hotărâre a Guvernului pentru 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

**p. Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
Cristian Georgică CELEA
VICEPREȘEDINTE**

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 Transporturilor și Infrastructurii,
Sorin-Mihai GRINDEANU**

Directorul Serviciului Român de Informații,

**Directorul Serviciului de Informații Externe,
Gabriel VLASE**

**Președintele Academiei Române
Academician Ioan Aurel POP**