

GUVERNUL ROMÂNIEI



ORDONANȚĂ **pentru modificarea și completarea unor acte normative** **și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 1 pct. VI.4 din Legea nr. 134/2025 privind abilitarea Guvernului de a emite ordonanțe,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță.

ART. I – Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 75, alineatele (2) și (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Cabinetele de medicină de familie pot deschide cel mult două puncte secundare de lucru dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 5 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază. Punctele de lucru pot obține, la cerere, statutul de utilitate publică.

.....

(8) Prevederile alin. (2)-(7) sunt aplicabile și cabinetelor medicale cu personalitate juridică, care desfășoară activitate în conformitate cu art. 1 alin. (5) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.”

2. După articolul 140²⁰ se introduce un nou articol, art. 140²¹ cu următorul cuprins:

„Art. 140²¹. – Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se decontează serviciile medicale de spitalizare de zi, consultațiile, procedurile diagnostice și terapeutice furnizate de medici specialiști și investigațiile paraclinice din pachetele de servicii medicale reglementate prin contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia acordate prin asistența medicală mobilă de către spitalele care se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.”

3. La articolul 165, alineatul (1¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

” (1¹) Personalul didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată din instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate beneficiază de integrare clinică în unitățile și instituțiile din subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătății, în unitățile medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, în Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, în unitățile și instituțiile medicale din subordinea autorităților administrației publice locale, în spitalele și ambulatoriile universitare aflate în subordinea instituțiilor de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie, precum și în spitale și

cabinete private. De aceleași prevederi beneficiază și medicii și farmaciștii specialiști/primari care au calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată, pe perioada cât au această calitate. Posturile destinate integrării clinice se ocupă prin examen sau concurs, după caz, în cadrul unităților și instituțiilor publice. Ministerul Sănătății va aduce în concordanță structurile aferente în vederea asigurării normelor de integrare clinică.”

4. După articolul 166 se introduce un nou articol, art. 166¹ cu următorul cuprins:

„Art. 166¹. – (1) Pentru cazurile externate dintr-o unitate sanitară privată cu paturi care se reinternează într-un interval de 48 de ore de la externare, respectiv se transferă într-o unitate sanitară publică cu paturi, pentru același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru o patologie de același tip, unitatea sanitară privată are obligația de a achita unității sanitare publice contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate cu tratarea cazului reinternat, respectiv transferat, indiferent de statutul de asigurat al pacientului și indiferent dacă unitatea sanitară privată se află sau nu în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

(2) În vederea aplicării dispozițiilor referitoare la recuperarea sumelor de la unitățile sanitare private în cazurile de reinternare sau transfer potrivit alin. (1), la nivelul spitalului public se constituie prin decizia managerului spitalului o comisie de evaluare a cazurilor de reinternare/transfer din unități sanitare private, având ca atribuții analiza documentelor medicale aferente cazurilor reinternate/transferate și emiterea, dacă este cazul a unei propuneri fundamentate privind inițierea demersurilor de recuperare a sumelor. Metodologia de evaluare a cazurilor de reinternare/transfer din unități sanitare private se stabilește la nivelul fiecărei unități sanitare publice, iar concluziile evaluării sunt transmise către conducerea spitalului și către compartimentul juridic pentru inițierea, după caz, a procedurii de notificare/recuperare a creanței de la unitatea privată implicată.

(3) Furnizorii publici de servicii medicale spitalicești care acordă asistența medicală prevăzută la alin. (1) realizează o evidență distinctă a acestor cazuri și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală această evidență, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care au recuperat cheltuielile efective în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective.”

5. La articolul 170, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin.(4), cu următorul cuprins:

” (4) Unitățile sanitare cu paturi prevăzute la alin. (1) pot fi încadrate în categoria spitalelor de importanță strategică. Criteriile de încadrare în categoria spitalelor de importanță strategică precum și lista acestora se aprobă prin hotărâre a Guvernului.”

6. La articolul 172, după alineatul (7) se introduce un nou alineat, alin. (7¹), cu următorul cuprins:

”(7¹) Condițiile pentru înființarea și organizarea secțiilor spitalului public se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.”

7. La articolul 172², alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 172² - (1) Spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituții de învățământ medical superior acreditate, precum și cu alte instituții medicale acreditate, indiferent de localizarea geografică, în vederea constituirii unor consorții medicale cu personalitate juridică, conform dispozițiilor prevăzute la art. 187-204 din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în scopul derulării în comun de activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de

medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective.”

8. La articolul 176 alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(4) Managerul, persoană fizică sau juridică, încheie contract de management cu Ministerul Sănătății, ministerele sau instituțiile cu rețea sanitară proprie sau cu universitatea de medicină și farmacie, reprezentate de ministrul sănătății, conducătorul ministerului sau instituției, de rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, pe o perioadă de maximum 4 ani. Contractul de management poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. Evaluarea este efectuată pe baza indicatorilor de performanță asumați prin proiectul de management, care devine anexă la contractul de management și pe baza indicatorilor de performanță, stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili și alți indicatori specifici pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie.”

9. La articolul 176, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin.(4¹), cu următorul cuprins:

”(4¹) La încetarea mandatului, contractul de management poate fi prelungit pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a postului, respectiv licitație publică, după caz. Ministrul sănătății, ministrul de resort sau primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București sau președintele consiliului județean ori rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, numesc prin act administrativ un manager interimar până la ocuparea prin concurs a postului de manager, respectiv organizarea licitației publice, după caz.”

10. La articolul 176 alineatul (7) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(7) Modelul-cadru al contractului de management, care include cel puțin indicatorii de performanță a activității, programul de lucru și condițiile de desfășurare a activității de management, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, cu consultarea ministerelor, a instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale. Valorile optime ale indicatorilor de performanță ai activității spitalului se stabilesc și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.”

11. La articolul 181, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(5) Membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs, potrivit alin. (2), încheie cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili și alți indicatori specifici pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie. Contractul de administrare poate fi prelungit la expirarea acestuia pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. În cadrul evaluării anuale se analizează gradul de îndeplinire a indicatorilor de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății.”

12. La articolul 185, alineatele (5) (7) și (7²) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(5) La numirea în funcție, șefii de secție, de laborator și de serviciu medical vor încheia cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili și alți indicatori specifici pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie.

Contractul de administrare poate fi prelungit la expirarea acestuia pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. În cadrul evaluării anuale se analizează gradul de îndeplinire a indicatorilor de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. În cazul în care la numirea în funcție șeful de secție, de laborator sau de serviciu medical se află în stare de incompatibilitate sau conflict de interese, acesta este obligat să înlăture motivele de incompatibilitate sau de conflict de interese în termen de maximum 30 de zile de la numirea în funcție. În caz contrar, contractul de administrare este reziliat de plin drept.

.....

(7) În secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către un cadru didactic universitar medical desemnat pe bază de concurs organizat conform prevederilor alin. (9).

.....

(7²) În secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice din spitalele aparținând rețelei sanitare a Ministerului Apărării Naționale, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către un cadru militar în activitate medic, desemnat pe bază de concurs organizat conform prevederilor alin. (9).”

13. La articolul 185, alineatul (71) se abrogă.

14. La articolul 187, alineatele (6) și (10) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(6) Membrii comitetului director participă la ședințele consiliului de administrație fără drept de vot.

.....

(10) Atribuțiile principale ale consiliului de administrație sunt următoarele:

a) avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale;

b) stabilește, cu avizul ordonatorului principal de credite, tema proiectului de management, în concordanță cu nevoile unității sanitare;

c) organizează concurs pentru ocuparea funcției de manager în baza regulamentului aprobat prin ordin al ministrului sănătății, al ministrului de resort sau, după caz, prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz;

d) aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și documentele strategice aprobate de Ministerul Sănătății;

e) avizează programul anual al achizițiilor publice întocmit în condițiile legii și orice achiziție directă care depășește suma de 50.000 lei;

f) analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;

g) propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director în cazul în care constată existența situațiilor prevăzute la art. 178 alin. (1) și la art. 184 alin. (1);

h) poate propune realizarea unui audit extern asupra oricărei activități desfășurate în spital, stabilind tematica și obiectul auditului. Spitalul contractează serviciile auditorului extern în conformitate cu prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare;

i) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, în condițiile legii.”

15. Articolul 200¹ se abrogă.

16. La articolul 224, după alineatul (1⁵) se introduce un nou alineat, alin. (1⁶), cu următorul cuprins:

“(1⁶) Bolnavii înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri dintre cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de pachetul de servicii de bază prevăzut în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare ale acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecțiuni.”

17 . La articolul 261, după alineatul (1³) se introduc două noi alineate, alin. (1⁴) - (1⁵) cu următorul cuprins:

„(1⁴) În asistența medicală primară, în anul 2026, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical se distribuie în proporție de 25% pentru plata per capita și 75% pentru plata pe serviciu medical.

(1⁵) În asistența medicală primară, începând cu anul 2027, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical se distribuie în proporție de 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata pe serviciu medical.”

18. La articolul 280, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:

„(6) Începând cu data de 1 ianuarie 2027, CNAS desfășoară activități de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond și este instituția abilitată pentru colectarea și prelucrarea datelor în vederea contractării și decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, privind serviciile medicale spitalicești, furnizate asiguraților.”

19. La articolul 295, după alineatul (6) se introduce un nou alineat, alin. (6¹), cu următorul cuprins:

(6¹) Prin derogare de la prevederile art. 30 din Legea nr. 53/2003, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 31 alin. (1) din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările și completările ulterioare și ale art. 370 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, CNAS poate transforma în posturi de natură contractuală pentru aparatul propriu și al caselor de asigurări de sănătate, posturile ocupate în condițiile legii de către funcționarii publici ai căror titulari asigură funcționarea în condiții optime a sistemelor și platformelor informatice gestionate la nivelul sistemului

de asigurări sociale de sănătate, cu încadrarea în numărul de posturi și cu respectarea criteriilor și metodologiei aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

20. La articolul 295, alineatul (7) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(7) Drepturile salariale aferente funcțiilor prevăzute la alin. (4) și (6¹) se stabilesc, prin derogare de la prevederile Legii-cadru nr. 153/2017, cu modificările și completările ulterioare, în cuantum de până la de 6 ori valoarea câștigului salarial mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat, prin ordin al președintelui CNAS, la propunerea directorului general al CNAS.”

21. La articolul 298, alineatul (1¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1¹) În cazul în care la concurs nu se prezintă niciun candidat sau nu este declarat câștigător niciun candidat, precum și în situația în care mandatul directorului general încetează pentru unul dintre cazurile prevăzute la alin. (6), președintele CNAS numește prin ordin un director general interimar până la ocuparea prin concurs a postului, dar nu mai mult de 6 luni și încheie un contract de management cu acesta în condițiile alin. (1) și cu respectarea prevederilor alin. (3⁴).”

22. La articolul 298, partea introductivă a alineatului (3⁴) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3⁴) În vederea ocupării prin concurs a funcției de director general, candidatul trebuie să aibă studii universitare absolvite cu diplomă de licență sau echivalentă în domeniul fundamental Științe biologice și biomedicale - ramura de științe: medicină, medicină dentară și farmacie, științe sociale - ramura de științe: economice, juridice și administrație publică, să aibă cel puțin 5 ani vechime în specialitatea studiilor, cel puțin 2 ani activitate desfășurată în funcții de conducere și să îndeplinească una dintre următoarele condiții:”

23. Articolul 311 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 311. - (1) Sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru.

(2) În cazul în care se constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale, medicamentele sau dispozitivele medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării sau, după caz, eliberării acestora, se recuperează contravaloarea acestora și se aplică sancțiunile cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, care se stabilesc prin Contractul-cadru.”

24. Articolul 330 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 330. - (1) Perioada de valabilitate a cardului european este de 2 ani de la data emiterii.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), pentru unele categorii de asigurați, perioada de valabilitate a cardului european emis începând cu data de 1 octombrie 2025, este următoarea:

a) 10 ani de la emitere, pentru persoanele fizice care au calitatea de pensionari și care au împlinit vârsta de 65 de ani;

b) de la emitere și până la data corespunzătoare împlinirii vârstei de 18 ani, pentru copii.”

25. La articolul 381, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) În exercitarea profesiei și în limitele competenței sale, medicul are dreptul de a formula prescripții și recomandări medicale în mod autonom, întemeiate pe dovezi științifice, cu respectarea

normelor legale, a protocoalelor terapeutice și ghidurilor de practică medicală, precum și a principiilor eticii și deontologiei profesionale. Acest drept se exercită având în vedere caracterul umanitar al profesiei, obligația de respect față de ființa umană și de loialitate față de pacient, fără ca medicului să îi fie impuse îngrădiri care nu sunt fundamentate pe considerente legale, medicale și etice care ar limita posibilitatea de a acționa în interesul medical al pacientului.”

26. La articolul 381, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

”(4) În sistemul de asigurări sociale de sănătate se pot acorda și deconta numai servicii medicale, recomandări pentru dispozitive medicale și prescripții medicale cuprinse în pachetele de servicii prevăzute în contractul-cadru, precum și medicamentele prevăzute la art. 241 alin. (1).”

27. După articolul 703 se introduce un nou articol, art. 703¹, cu următorul cuprins:

”Art. 703¹ - (1) Pentru cererile care au ca obiect asigurarea gratuită sau compensată, decontarea medicamentelor sau, după caz, introducerea acestora în lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, prevăzută la art. 242, nu este admisibilă procedura ordonanței președințiale, prevăzută în Legea nr. 134/2010 privind Codul de procedură civilă, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Mecanismul prin care se asigură accesul controlat al pacienților la medicamentele recomandate care nu îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. m¹) și la art. 243 alin. (3), se stabilește prin hotărâre a Guvernului, elaborată de Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România cu respectarea principiilor de eficacitate, sustenabilitate și responsabilitate partajată.

(3) Contravaloarea tratamentului cu medicamentele prevăzute la alin. (2) se suportă de către deținătorul autorizației de punere pe piață sau, după caz, producător, medicul prescriptor având obligația monitorizării pacientului, evaluării beneficiului terapeutic și raportării trimestriale a acestui rezultat. În situația obținerii unui beneficiu terapeutic suplimentar, după prima evaluare anuală, în baza unui acord de partajare a costurilor încheiat între CNAS și deținătorul de autorizație de punere pe piață a medicamentului sau, după caz, producător, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se va deconta 30% din contravaloarea medicamentului. Diferența de 70% din costuri va continua să fie suportată de către deținătorul autorizației de punere pe piață sau, după caz, de către producător.

(4) Asigurarea accesului la tratamentul cu medicamentele prevăzute la alin. (2) se realizează cu respectarea obligației de serviciu public prevăzută la art. 804.”

Art. II. Ordonanța 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 14 aprilie 2022, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 378/2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Articolul IV se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. IV. – (1) Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi pentru următoarele categorii de persoane:

a. pacienți înscriși în Programele naționale de sanatate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscriși în program,
b. pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA,
c. persoane asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică,
d. persoane asigurate și persoane care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice,
se decontează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, altele decât cele prevăzute la alin. (1), se realizează în limita valorii contractate de respectivele unități sanitare pentru servicii de spitalizare de zi.

(3) Modalitatea de stabilire a numărului de cazuri de spitalizare de zi ce pot fi realizate în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate este prevăzută în Contractul-cadru.”

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

„(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.”

3. La articolul IX, după alineatul (3) se introduc două noi alineate, alin. (4) și alin. (5), cu următorul cuprins:

„(4) Pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

(5) Pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, se decontează, în cadrul monitorizării conform alin. (4), o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară, într-un an calendaristic, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Aceste persoane pot beneficia, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurrente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în același pachet de servicii.”

Art. III. – La art. XVIII din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1334 din 31 decembrie 2024, cu modificările și completările ulterioare, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Prin excepție de la alin. (1), începând cu 1 octombrie 2025, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 6,5 lei.”

Art. IV. – (1) Medicii de specialitate care acordă servicii medicale într-o secție/compartiment dintr-un spital public, acordă în cadrul programului de lucru și consultații în ambulatoriul integrat pentru minim o oră/zi în medie pe lună, raportat la un program de 35 de ore/săptămână. La calculul mediei lunare se au în vedere zilele lucrătoare, fiind exceptate zilele de concediu de odihnă și zilele de concediu medical. Pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital pentru un program de lucru reprezentând o fracțiune de normă, programul minim pentru consultații în ambulatoriul integrat se reduce în mod corespunzător.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligației medicului prevăzută la alin. (1), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) începând cu a doua constatare, amendă în cuantum de 20.000 lei.

Art. V. – Pentru furnizorii publici de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, începând cu anul 2026, se va aplica un coeficient de ajustare pozitivă la valoarea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate potrivit Capitolului V 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 și 466 bis din 26 mai 2023, față de furnizorii privați de servicii medicale paraclinice care acordă servicii medicale în aceleași condiții tehnice și de personal.

Art. VI – (1) Până la data de 31 decembrie 2028, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în limita procentului reprezentat de numărul de paturi contractate cu acești furnizori la data de 31 decembrie 2025 din totalul numărului de paturi contractabile, la nivelul fiecărui județ, respectiv al municipiului București.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică paturilor care intră sub incidența Planului național de paturi aprobat prin hotărâre a Guvernului.”

Art. VII. – (1) Prin derogare de la prevederile art. 311 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru unitățile sanitare cu paturi, în situația în care se constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării, se recuperează contravaloarea acestora și se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații și excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 6 luni și, după caz, se sesizează Colegiul Medicilor din România în vederea revocării dreptului de liberă practică practică a medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea;
- b) la a doua constatare a abaterii se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații și excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 36 luni și, după caz, se sesizează

Colegiul Medicilor din România în vederea revocării dreptului de liberă practică a medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea.

(2) În perioada în care medicul este exclus din contractul încheiat de unitatea sanitară spitalicească cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile alin. (1), acesta nu poate desfășura activitate la niciun furnizor aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

(3) În cazul dispunerii sancțiunii de la alin. (1), furnizorul are obligația să suporte contravaloarea serviciilor medicale spitalicești acordate pacienților internați pe secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea până la finalizarea episodului de boală al acestora.

(4) Furnizorii de servicii medicale spitalicești au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul național de asigurări sociale de sănătate, precum și documentele justificative din care să rezulte corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și în afara relației contractuale.

(5) Prin derogare de la prevederile art. 313 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, refuzul furnizorului de servicii medicale spitalicești de a pune la dispoziția organelor de control documentele prevăzute la alin. (4) se sancționează prin aplicarea unui procent de 20% din valoarea de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate.

(6) În situația în care organele de control sesizează neconcordanțe între medicamentele achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi-consumabile achiziționate conform facturilor și utilizate în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.”

Art. VIII. – Începând cu 1 octombrie 2025, sintagma „suma orientativă/medic specialist/lună” referitoare la asistența medicală dentară se va înlocui cu sintagma „suma garantată/medic specialist/lună” în Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 25 iulie 2025, Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1334 din 31 decembrie 2024, în 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 și în 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. 1857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023.

Art. IX. La articolul XXXII din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 25 iulie 2025, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Prin excepție de la alin. (1), începând cu 1 ianuarie 2026, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 8 lei.”

Art. X. După articolul 18 din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680 din 26 septembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare, se introduce un nou articol, art. 19, cu următorul cuprins:

„Art. 19 – Începând cu trimestrul IV al anului 2025 și până în trimestrul IV al anului 2026 inclusiv, procentele prevăzute la art. 3⁸ alin. (4) și art. 12 alin. (11) se majorează cu 1,7 puncte procentuale, respectiv procentul prevăzut la art. 3⁸ alin. (5) se majorează cu 0,6 puncte procentuale, reprezentând contribuția trimestrială temporară de solidaritate datorată de deținătorii de autorizații de punere pe piață a medicamentelor prevăzuți la art. 1 și art. 12 alin.(3), cu excepția deținătorilor autorizațiilor de punere pe piață pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.”

Art. XI. (1) Ordinele ministrului sănătății prevăzute la art. I, punctele 6, 8, 10, 11 și 12 se elaborează în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

(2) Hotărârea Guvernului prevăzută la art. I pct. 5 se elaborează în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

Art. XII (1) Pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 280 alin. (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la data de 1 ianuarie 2027, activitățile de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond realizate la nivelul INMSS vor fi preluate de CNAS.

(2) Dispozițiile art. 696 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare se abrogă începând cu data de 1 ianuarie 2027.

Art. XIII (1) În vederea asigurării unei repartizări echitabile, eficiente, în limita fondurilor aprobate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate cu această destinație, precum și corelate cu nevoile și performanțele unităților sanitare, se elaborează o metodologie unitară pentru sumele reprezentând influențele financiare determinate de creșterile salariale și de celelalte drepturi acordate personalului încadrat în unitățile sanitare publice, precum și în cele care au ca asociat unic unitățile administrativ-teritoriale și care se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, de la o poziție distinctă, respectiv titlul VI „Transferuri între unități ale administrației publice”. Metodologia va ține cont cel puțin de următorii indicatori:

- a) ponderea cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor spitalului;
- b) ponderea influențelor financiare în totalul veniturilor spitalului provenite din contractul cu casa de asigurări de sănătate;
- c) ponderea influențelor financiare în totalul cheltuielilor salariale ale spitalului;
- d) indicatori obiectivi de activitate și performanță medicală, precum volumul și complexitatea serviciilor medicale, gradul de utilizare a capacității spitalului, eficiența utilizării resurselor sau, după caz, alte criterii relevante;
- e) raportarea sumelor alocate la disponibilitățile financiare ale Fondului și prioritățile strategice stabilite pentru finanțarea sistemului sanitar.

(2) Metodologia prevăzută la alin. (1) va include, după caz, mecanisme specifice pentru unitățile sanitare publice care, prin natura specializării, complexitatea cazurilor tratate sau rolul strategic la nivel local, județean, regional ori național, se află într-o situație particulară ce justifică aplicarea unor criterii de alocare a fondurilor prin raportare la complexitatea și diversitatea activității unității sanitare, inclusiv programe naționale de sănătate, în vederea asigurării unei finanțări corespunzătoare corelate cu nevoia de servicii a asiguraților și gradul de adresabilitate al acestora.

(3) Indicatorii utilizați în metodologie vor fi determinați pe baza datelor raportate lunar/trimestrial de unitățile sanitare.

(4) Metodologia va fi stabilită prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în termen de cel mult 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei ordonanțe.

Art. XIV. (1) Dispozițiile art. I pct. 16, pct. 20-22, pct. 27, art. II, art. IV, art. V, art. VII intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026 și dispozițiile art. I pct. 1, 2 și 4 intră în vigoare la data de 1 octombrie 2025.

(2) Prevederile art. I, pct. 9 și 12 intră în vigoare în 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe.

(3) Concursurile pentru ocuparea funcției de manager și de șef de secție, organizate anterior intrării în vigoare a art. I pct. 9 și 12, se finalizează conform prevederilor legale în vigoare la data demarării acestora, iar contractul de management, respectiv de administrare se încheie cu respectarea prevederilor legale în vigoare la data demarării concursului.

(4) Evaluarea anuală pentru funcțiile de manager, șef de secție, de laborator și de serviciu medical, încheiate anterior intrării în vigoare a prezentei ordonanțe, se realizează conform prevederilor legale aplicabile la acea dată.

(5) Evaluarea anuală pentru contractele de management și de administrare încheiate în condițiile alin. (3) se realizează conform prevederilor legale în vigoare la data demarării concursurilor.

PRIM-MINISTRU

ILIE GAVRIL BOLOJAN