**HOTARÂRE**

**pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate**

În temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată,

**Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.**

**Art. I**

Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 305 din 30 martie 2022, cu modificările şi completările ulterioare, se modifică şi se completează după cum urmează:

1. **La articolul 4, alineatul (5) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(5) Prin excepţie de la prevederile alin. (4), casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte pentru implementarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice sau a Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică - servicii de dializă realizate în regim ambulatoriu, cu furnizori de servicii medicale care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii medicale, sunt autorizaţi şi fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare.”

1. **La articolul 9, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(2) Decontarea pentru programele naţionale de sănătate curative se efectuează de către casele de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinaţie, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, cu excepţia serviciilor medicale şi a serviciilor conexe, pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturii.”

1. **La articolul 12, alineatul (3) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(3) Cheltuielile realizate în luna decembrie a anului precedent, peste limita maximă în cadrul căreia s-au încheiat angajamente legale, şi nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea utilizate în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi pentru serviciile medicale şi serviciile conexe, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.”

1. **La articolul 13, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(1) Serviciile medicale, serviciile conexe, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altor asemenea în cadrul unităţilor de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate curative validate şi decontate din bugetul alocat cu această destinaţie se pot acorda concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală spitalicească.”

1. **La articolul 13, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (3) cu următorul cuprins:**

„(3) Serviciile de radioterapie efectuate bolnavilor aflaţi în regim de spitalizare continuă se decontează unităţilor de specialitate care implementează Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecţiuni oncologice, cu excepţia serviciilor efectuate bolnavilor aflaţi în regim de spitalizare continuă pe secția/compartimentul de radioterapie.”

1. **Articolul 23 se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„ART. 23

În cadrul Subprogramului de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară, Subprogramului de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne, şi Subprogramului naţional de testare genetică pentru probele pentru investigaţiile paraclinice decontate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceştia, însoţite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în normele tehnice, nu este necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice care le-au efectuat, fără a fi necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.”

1. **În anexa nr. 1, la Secţiunea B „Programe naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate”, punctul II „Programul naţional de oncologie” se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„**II. Programul naţional de oncologie**

Obiective:

a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

b) reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;

c) radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

d) diagnosticul şi monitorizarea afecțiunilor hematologice maligne;

e) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne.

Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
2. Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
3. Subprogramul de radioterapie al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
4. Subprogramul de diagnostic şi de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară;
5. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;
6. Subprogramul naţional de testare genetică
7. **În anexa nr. 1, la Secţiunea B „Programe naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate”, punctul X „Programul naţional de ortopedie”, „Obiective” după litera e) se introduce o nouă literă, lit. f) cu următorul cuprins:**

„f) tratamentul inegalităţilor şi diformităţilor membrelor la copil, prin corecţie”

1. **În anexa nr. 2, la articolul 11 litera p) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„p) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice, în cel mult 10 zile, medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;”

1. **În anexa nr. 2, la articolul 22 litera y) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„y) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, respectiv veniturile realizate în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, pentru Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice pe care le derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora;”

**Art. II**

În tot cuprinsul Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, sintagma „Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, cu modificările şi completările” şi sintagma „Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările şi completările ulterioare” se înlocuiesc cu sintagma „Ordinului ministerului sănătăţii nr. 1834/2023 privind aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private”.

**PRIM-MINISTRU**

**Ion-Marcel CIOLACU**