**GUVERNUL ROMÂNIEI**

****

**ORDONANȚĂ**

**pentru modificarea şi completarea unor acte normative**

**şi pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătăţii**

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

 **Guvernul României** adoptă prezenta ordonanţă.

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

1. **La articolul 75, alineatele (2) și (8) se modifică şi 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 orepe 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.”

1. **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**.”

1. **La articolul 165, alineatul (11) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

” **(11)** Personalul didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată din instituţiile de învăţământ superior acreditate care au în structură facultăţi de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate beneficiază de integrare clinică în unităţile şi instituţiile din subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătăţii, în unităţile medicale din subordinea ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, în Institutul Naţional de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacităţii de Muncă, în unităţile şi instituţiile medicale din subordinea autorităţilor administraţiei publice locale, în spitalele şi ambulatoriile universitare aflate în subordinea instituţiilor de învăţământ superior acreditate care au în structură facultăţi de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie, precum şi în spitale şi cabinete private. De aceleaşi prevederi beneficiază şi medicii şi farmaciştii specialişti/primari care au calitatea de asistenţi 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 Sănătăţii va aduce în concordanţă structurile aferente în vederea asigurării normelor de integrare  clinică.”

1. **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.”**

1. **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.”

1. **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.”

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

**”Art. 1722** - (1) Spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituţii de învăţământ medical superior acreditate, precum şi cu alte instituţii medicale acreditate, indiferent de localizarea geografică, în vederea constituirii unor consorţii medicale cu personalitate juridică, conform dispoziţiilor prevăzute la art. 187-204 din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în scopul derulării în comun de activităţi medicale, cercetare ştiinţifică, investiţii în infrastructură, achiziţii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea, precum şi alte activităţi specifice unităţilor sanitare respective.”

1. **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 şi 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.”

1. **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 şi 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.”

1. **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 reţea sanitară proprie, precum şi a structurilor asociative ale autorităţilor administraţiei publice locale. Valorile optime ale indicatorilor de performanţă ai activităţii spitalului se stabilesc şi se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii.”

1. **La articolul 181, alineatul (5) se modifică şi 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 prevăzuţi indicatorii de performanţă stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituţiilor cu reţea sanitară proprie, al primarului unităţii administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului Bucureşti sau al preşedintelui consiliului judeţean sau prin hotărârea senatului universităţii de medicină şi 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 funcţiei. 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.”

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

”(5) La numirea în funcţie, şefii de secţie, de laborator şi 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 prevăzuţi indicatorii de performanţă stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituţiilor cu reţea sanitară proprie, al primarului unităţii administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului Bucureşti sau al preşedintelui consiliului judeţean sau prin hotărârea senatului universităţii de medicină şi 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 funcţiei. 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 funcţie şeful de secţie, 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 funcţie. În caz contrar, contractul de administrare este reziliat de plin drept.

…………………………………………….

(7) În secţiile clinice, laboratoarele clinice şi serviciile medicale clinice, funcţia de şef de secţie, şef de laborator şi şef de serviciu medical se ocupă de către un cadru didactic universitar medical desemnat pe bază de concurs organizat conform prevederilor alin. (9).

…………………………………………….

**(72)** În secţiile clinice, laboratoarele clinice şi serviciile medicale clinice din spitalele aparţinând reţelei sanitare a Ministerului Apărării Naţionale, funcţia de şef de secţie, şef de laborator şi şef de serviciu medical se ocupă de către un cadru militar în activitate medic, desemnat pe bază de concurs organizat conform prevederilor alin. (9).”

1. **La articolul 185, alineatul (71) se abrogă.**
2. **La articolul 187, alineatele (6) și (10) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

” (6) Membrii comitetului director participă la şedinţele consiliului de administraţie fără drept de vot.

………………….

(10) Atribuţiile principale ale consiliului de administraţie sunt următoarele:

a) avizează bugetul de venituri şi cheltuieli al spitalului, precum şi situaţiile financiare trimestriale şi anuale;

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

c) organizează concurs pentru ocuparea funcţiei de manager în baza regulamentului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, al ministrului de resort sau, după caz, prin act administrativ al primarului unităţii administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului Bucureşti sau al preşedintelui consiliului judeţean, după caz;

d) aprobă măsurile pentru dezvoltarea activităţii spitalului în concordanţă cu nevoile de servicii medicale ale populaţiei şi documentele strategice aprobate de Ministerul Sănătăţii;

e) avizează programul anual al achiziţiilor publice întocmit în condiţiile legii şi orice achiziţie directă care depăşeşte suma de 50.000 lei;

f) analizează modul de îndeplinire a obligaţiilor de către membrii comitetului director şi activitatea managerului şi dispune măsuri pentru îmbunătăţirea activităţii;

g) propune revocarea din funcţie a managerului şi a celorlalţi membri ai comitetului director în cazul în care constată existenţa situaţiilor prevăzute la art. 178 alin. (1) şi la art. 184 alin. (1);

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

i) aprobă propriul regulament de organizare şi funcţionare, în condiţiile legii.”

1. **Articolul 2001 se abrogă.**
2. **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 şi de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naţionale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecţiuni.”

**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 plăţii per capita şi plăţii 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 plăţii per capita şi plăţii 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 desfăşoară activităţi de analiză şi monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond şi este instituţia abilitată pentru colectarea şi prelucrarea datelor în vederea contractării şi decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, privind serviciile medicale spitaliceşti, furnizate asiguraţilor.”

**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 şi completările ulterioare, ale art. 31 alin. (1) din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, cu modificările şi completările ulterioare şi 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 şi platformelor informatice gestionate la nivelul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu încadrarea în numărul de posturi și cu respectarea criteriilor şi metodologiei aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

1. **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.”

1. **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).”

1. **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:”

1. **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.”

1. **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."

1. **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.”

1. **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).”

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

**”**Art. 7031 **-** (1) 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.

(2) Contravaloarea tratamentului cu medicamentele prevăzute la alin. (1) 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 naţional 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.

 (3) Asigurarea accesului la tratamentul cu medicamentele prevăzute la alin. (1) se realizează cu respectarea obligației de serviciu public prevăzută la art. 804.”

 **Art. II.** **Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 14 aprilie 2022, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 378/2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică şi se completează după cum urmează:**

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

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

1. pacienți înscrişi în Programele naţionale de sanatate, pentru afecţiunea pentru care sunt înscriși în program,
2. pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA,

c. persoane asigurate diagnosticate cu afecţiune oncologică,

d. persoane asigurate și persoane care nu pot face dovada calităţii de asigurat, cu suspiciune de afecţiune oncologică, în vederea diagnosticării afecţiunii oncologice,

se deconteazăla nivelul realizat, prin acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depăşit nivelul contractat.

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

(3) Modalitatea de stabilire a numărului de cazuri de spitalizare de zi ce pot fi realizate în concordanţă 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.”

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

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

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

 „(4)Pentru investigaţiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi 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 investigaţiile paraclinice, prin acte adiţionale.

 (5) Pentru fiecare persoană asiguratădiagnosticată 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 intercurente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în același pachet de servicii.”

 **Art. III. – La art. XVIII din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea şi completarea unor acte normative, precum şi 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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi 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, faţă de furnizorii privaţi de servicii medicale paraclinice care acordă servicii medicale în aceleaşi condiţii tehnice şi 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 unităţile sanitare cu paturi, în situaţia în care se constată de către structurile de control ale Casei Naţionale 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 şi se aplică următoarele sancțiuni:

1. la prima constatare se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5%

la contravaloarea serviciilor realizate şi decontate de spital pentru secţia/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistat aceste situaţii 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 şi, 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 şi decontate de spital pentru secţia/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistat aceste situaţii 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 şi, 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 secţia/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea până la finalizarea episodului de boală al acestora.

 (4) Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au obligaţia de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative şi actele de evidenţă financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul naţional de asigurări sociale de sănătate, precum şi documentele justificative din care să rezulte corelaţia între tipul şi cantitatea de medicamente şi reactivii achiziţionaţi şi toate tratamentele şi analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât şi în afara relaţiei 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 dispoziţia organelor de control documentele prevăzute la alin. (4) se sancţionează prin aplicarea unui procent de 20% din valoarea de contract pentru asistenţa medicală spitalicească aferentă perioadei controlate.

 (6) În situaţia în care organele de control sesizează neconcordanţe între medicamentele achiziționate şi tratamentele acordate, între numărul şi tipul investigaţiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi-consumabile achiziţionate conform facturilor şi utilizate în efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituţiile 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, Ordonanţa de Urgenţă a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea şi completarea unor acte normative, precum şi 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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi 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 şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale 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 asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice este de 8 lei.”

 **Art. X. După articolul 18 din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680 din 26 septembrie 2011, cu modificările şi competările 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. 3^8 alin. (4) și art. 12 alin. (11) se majorează cu 1,7 puncte procentuale, respectiv procentul prevăzut la art. 3^8 alin. (5) se majorează cu 0,6 puncte procentuale, reprezentând contribuția trimestrială temporară de solidaritate datorată de deţinătorii de autorizaţii de punere pe piaţă a medicamentelor prevăzuți la art. 1 și art. 12 alin.(3), cu excepția deţinătorilor autorizaţiilor de punere pe piaţă 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 şi 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**