

HOTARÂRE
pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea
programelor naționale de sănătate

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I

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

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

„(1) Se aprobă programele naționale de sănătate publică derulate și finanțate din bugetul Ministerul Sănătății:

- a) Programul național de vaccinare;
- b) Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare;
- c) Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA;
- d) Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
- e) Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- f) Programul național de securitate transfuzională;
- g) Programul național de screening organizat pentru boli oncologice cu impact asupra sănătății publice;
- h) Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
- i) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- j) Programul național de screening neonatal;
- k) Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;
- l) Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
- m) Programul național de sănătate a femeii și copilului;”

2. La articolul 1, alineatul (2), după litera p) se introduce o nouă literă, lit. q), cu următorul cuprins:

„q) Programul național de îngrijiri paliative.”

3. La articolul 3, alineatul (2), după litera d) se introduc două noi litere, lit. e) și f), cu următorul cuprins:

„e) cabinete de medicină de familie, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, prevăzute la art. 52 alin.(2) lit. f) din Legea 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

f) furnizori privați de servicii de îngrijiri paliative specializate prevăzuți la art. 52 alin.(2) lit. g) din Legea 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

4. La articolul 4, după alineatul (6) se introduce un nou alineat, alin. (7) cu următorul cuprins:

(7) Prin excepție de la prevederile alin. (4), pentru implementarea Programului național de îngrijiri paliative, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii de îngrijiri paliative care sunt autorizați și evaluați sau autorizați și fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, după caz.

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

„(5) Direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate pot stabili, prin act administrativ al conducătorului instituției, și alte termene de contractare decât cele prevăzute la alin. (3), în funcție de necesarul de servicii medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate pentru implementarea fiecărui program național de sănătate.”

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

„(1) Creditele de angajament și bugetare alocate pentru implementarea programelor naționale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale instituțiilor publice sau furnizorilor publici de servicii medicale sau servicii conexe sau servicii de îngrijiri paliative, după caz, respectiv în veniturile furnizorilor privați de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, servicii medicale sau servicii conexe sau servicii de îngrijiri paliative, după caz.”

7. La articolul 8, alineatele (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(4) Sumele aprobate pentru decontarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, precum și a serviciilor medicale, serviciilor conexe și serviciilor de îngrijiri paliative acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților de specialitate aflate în relație contractuală pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, precum și a serviciilor medicale, serviciilor conexe și serviciilor de îngrijiri paliative acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative, certificate pentru realitatea, regularitatea și legalitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.”

8. La articolul 8, alineatul (6), după litera f) se introduce o nouă literă, lit. g), cu următorul cuprins:

„g) tarifului per serviciu de îngrijiri paliative prevăzut în normele tehnice.”

9. La articolul 8, după alineatul (6), se introduce un nou alineat, alin. (7), cu următorul cuprins:

„(7) Serviciile medicale acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative și decontate potrivit alin. (6) lit. a) sunt următoarele:

- a) servicii pentru diagnosticul și monitorizarea afecțiunilor hematologice maligne;
- b) servicii de radioterapie;
- c) servicii de testare genetică pentru tumori solide maligne;
- e) servicii de dozare a hemoglobinei glicozilate HbA1c la bolnavii cu diabet zaharat;
- f) servicii de dializă;
- g) servicii de Gamma-Knife;
- h) servicii de PET-CT.

10. La articolul 9, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Decontarea pentru programele naționale de sănătate curative se efectuează de către casele de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data transmiterii facturii electronice, cu excepția serviciilor din structura programelor naționale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data transmiterii facturii electronice.”

11. La articolul 10, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(1) Instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale, servicii conexe sau servicii de îngrijiri paliative care implementează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal al beneficiarilor programului, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), după caz.

(2) Furnizorii privați de servicii medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, precum și furnizorii privați de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale care implementează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program național de sănătate, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679, a beneficiarilor programului, după caz.”

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

„(3) Cheltuielile realizate în luna decembrie a anului precedent, peste limita maximă în cadrul căreia s-au încheiat angajamente legale, și nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea utilizate în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și pentru serviciile medicale din structura programelor naționale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, serviciile conexe și serviciile de îngrijiri paliative, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente

legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.”

13. La articolul 13, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

(1) Serviciile medicale din structura programelor naționale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, serviciile conexe, serviciile de îngrijiri paliative inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și a altor asemenea în cadrul unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate curative validate și decontate din bugetul alocat cu această destinație, se pot acorda concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală spitalicească.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), dacă bolnavul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ.”

14. La articolul 16, alineatul (3), literele a), b), f), g), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, precum și cu furnizori de servicii conexe, furnizori de servicii de îngrijiri paliative, furnizori de servicii de dializă, respectiv furnizori de servicii de radioterapie și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina de internet proprie și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii electronice și a documentelor justificative transmise în format electronic, asumate prin semnătura electronică avansată sau calificată a reprezentantului legal al furnizorului, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe și a serviciilor de îngrijiri paliative contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate, precum și contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altor asemenea eliberate, în limita valorii de contract;

.....

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, investigații paraclinice, medicamente, materiale sanitare și altele asemenea, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe și a serviciilor de îngrijiri paliative, medicamentelor, materialelor sanitare și altele asemenea sau investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de acestea, în situația în care furnizorul nu deține documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/ serviciilor conexe/ serviciilor de îngrijiri paliative/ investigațiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

.....

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe, serviciile de îngrijiri paliative, medicamentele, materialele sanitare specifice și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și altele asemenea acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe și a serviciilor de îngrijiri paliative, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;”

15. La articolul 16, alineatul (7), se modifică și va avea următorul cuprins:

„(7) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și casele de asigurări de sănătate organizează și efectuează controlul furnizării serviciilor medicale, serviciilor conexe, serviciilor de îngrijiri

paliative, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea acordate în cardul programelor naționale de sănătate curative.”

16. Articolul 25 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 25

(1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe pagina de internet proprie, serviciile medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative se acordă în regim offline. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale, de furnizorii de servicii conexe, precum și furnizorii de servicii de îngrijiri paliative care derulează programe naționale de sănătate curative, a serviciilor acordate în regim offline pe perioada întreruperii funcționării PIAS și a serviciilor acordate offline anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de servicii medicale, furnizorii de servicii conexe sau furnizorii de servicii de îngrijiri paliative, după caz, care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării PIAS în perioada de raportare a serviciilor.”

17. Articolul 27 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 27

Serviciile medicale, serviciile conexe, serviciile de îngrijiri paliative, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate sau, după caz, eliberate offline în cadrul programelor naționale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

18. În anexa nr. 1, la secțiunea A „Programe naționale de sănătate publică finanțate din bugetul Ministerului Sănătății”, punctul III „Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA”, lit. b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV prin utilizarea tratamentului ca metodă de prevenire a transmiterii secundare, inclusiv prin metode inovatoare de tipul profilaxiei preexpunere”

19. În anexa nr. 1, la secțiunea A, punctul VII se modifică și va avea următorul cuprins:

„VII. Programul național de screening organizat pentru boli oncologice cu impact asupra sănătății publice

Obiectiv:

Creșterea accesului populației la programe de screening organizate pe baze populaționale pentru boli oncologice cu impact asupra sănătății publice.

Structură:

1. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin
2. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de sân;
3. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului colorectal;”

20. În anexa nr. 1, la secțiunea A, punctul VIII. „Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică” se modifică și va avea următorul cuprins:

„VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică

Obiective:

- a) realizarea activităților de terapie ocupațională în vederea favorizării măsurilor de reinsertie socială și profesională a persoanelor cu tulburări de sănătate mintală;
- b) asigurarea accesului persoanelor la testarea rapidă a prezenței metaboliților de substanțe psihotrope, psihoactive, narcotice sau stupefiante în urină în vederea identificării precoce a consumului de droguri;
- c) asigurarea accesului copiilor cu vârsta sub 18 ani la testare psihologică pentru evaluarea dezvoltării cognitive, emoționale și comportamentale în vederea acordării îngrijirilor medicale preventive adecvate.”

21. În anexa nr. 1, la secțiunea A, punctul IX. „Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană”, se modifică și va avea următorul cuprins:

„IX. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

Obiective:

- a) creșterea numărului de donatori vii, de donatori aflați în moarte cerebrală,
- b) creșterea accesului bolnavilor cu indicație pentru transplant la proceduri de transplant de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană și la evaluarea periodică posttransplant;
- c) dezvoltarea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;

Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînruțiți.”

22. În anexa nr. 1, la secțiunea A, punctul X. se modifică și va avea următorul cuprins:

„X. Programul național de screening neonatal

Obiectiv:

Identificarea precoce a nou-născuților cu afecțiuni grave, înainte de apariția simptomelor clinice ireversibile.”

23. În anexa nr. 1, la secțiunea B „Programe naționale de sănătate curative finanțate din bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate”, după punctul XVI se introduce un nou punct, pct. XVII, cu următorul cuprins:

„XVII. Programul național de îngrijiri paliative

Obiectiv: Îmbunătățirea calității vieții la bolnavii cu boli cronice progresive în stadii avansate și în stadii terminale

Structură:

1. Subprogramul de îngrijiri paliative la domiciliu
2. Subprogramul de îngrijiri paliative în ambulatoriu

3. Subprogramul de îngrijiri paliative în regim de spitalizare de zi
4. Subprogramul de îngrijiri paliative acordate de echipe interdisciplinare de îngrijiri paliative în unitățile sanitare cu paturi care nu au în structură paturi de spitalizare de zi sau secții/compartiment de îngrijiri paliative”

24. În anexa 2, la articolul 19, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (4¹), cu următorul cuprins:

„(4¹) Condițiile prevăzute la alin. (4) sunt aplicabile și în cazul în care, în urma reorganizării unui furnizor de servicii medicale de dializă aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale, rezultă o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care a preluat ca unică activitate, activitatea transferată.”

25. În anexa nr. 2 la articolul 25, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii de radioterapie, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare. Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii de radioterapie, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.”

26. La anexa nr. 2, după capitolul VI se introduce un nou capitol, cap. VII, cu următorul cuprins:

„CAPITOLUL VII

Unități de specialitate pentru furnizarea de servicii de îngrijiri paliative

SECȚIUNEA 1

Obligațiile unităților de specialitate pentru furnizarea de servicii de îngrijiri paliative

ART. 33

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile de specialitate pentru furnizarea de servicii de îngrijiri paliative au următoarele obligații:

- a) să furnizeze bolnavilor asigurați, cuprinși în program, servicii de îngrijiri paliative și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de acordare a acestui tip de serviciu, potrivit prevederilor legale în vigoare;
- b) să utilizeze fondurile primite, potrivit destinației acestora;

c) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unitățile de specialitate vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programului;

d) să întocmească și să transmită casei de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile, factura electronică și declarațiile de servicii lunare în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică avansată sau calificată a reprezentantului legal al furnizorului, în vederea validării și decontării contravalorii serviciilor de îngrijiri paliative acordate în limita sumei prevăzute în contract;

e) să întocmească evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de îngrijiri paliative în cadrul programului, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific, servicii efectuate;

f) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operațional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor de îngrijiri paliative contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciilor de îngrijiri paliative și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică a asigurărilor de sănătate, caz în care unitățile de specialitate sunt obligate să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

l) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de îngrijiri paliative. Serviciile de îngrijiri paliative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

m) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor de îngrijiri paliative acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile de îngrijiri paliative înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de îngrijiri paliative și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile de îngrijiri paliative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

n) să transmită în platforma informatică a asigurărilor de sănătate serviciile de îngrijiri paliative, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. m), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor de îngrijiri paliative acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor de îngrijiri paliative acordate se face prin semnătură electronică avansată sau calificată a reprezentantului legal al furnizorului potrivit legislației naționale/europene privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile de îngrijiri paliative nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

o) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile de îngrijiri paliative efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programului național de sănătate curativ;

p) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de îngrijiri paliative care se asigură în cadrul programului național de sănătate curativ și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri paliative, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

q) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;

- r) să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
- s) să asigure acordarea de servicii de îngrijiri paliative necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- ș) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile de îngrijiri paliative, asigurate potrivit prevederilor lit. s) și decontate din bugetul FNUASS;
- t) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile de îngrijiri paliative prevăzute la lit. s) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoțitoare;
- ț) să funcționeze cu personal medico-sanitar care are încheiate asigurări de răspundere civilă în domeniul medical, valabile la data încheierii contractului și, după caz, să asigure reînnoirea acestora pe toată perioada derulării contractului;”
- u) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri paliative, conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale bolnavului ca o consecință a actului medical propriu. Serviciile de îngrijiri paliative sunt furnizate pe baza recomandării eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriu clinic, medicii din spital la externare, precum și medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative;
- v) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile bolnavului identificate, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale;
- w) să țină evidența serviciilor de îngrijiri paliative furnizate asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;
- x) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea pentru îngrijiri paliative;
- y) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă, conform normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare; să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acesteia;

z) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

aa) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ab) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

ac) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ad) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru programul național de servicii de îngrijiri paliative sau veniturile realizate în baza contractului, după caz, precum și execuția pe parcursul derulării acestora.

SECȚIUNEA a 2-a

Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative

ART. 34

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de îngrijiri paliative a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 33 lit. b) - h), l), m), r), s) ș), t), ț), y), z), ab, ad) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri paliative a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 33 lit. i), j), k), q), n), w), x) aa), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile de îngrijiri paliative raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 33 lit. p) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 33 lit. ac), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzută la art. 33 lit. ac) se constată de către casele de asigurări de sănătate, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

„(6) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii de îngrijiri paliative care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii de îngrijiri paliative în termen de maximum 10

zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii de îngrijiri paliative, aduce la cunoștința acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii de îngrijiri paliative, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) se face prin plată directă sau executare silită efectuată pentru furnizorii de servicii de îngrijiri paliative care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.”

(8) Nerespectarea de către furnizor a obligației prevăzute la art. 33. lit. o) reprezintă contravenție, potrivit art. 312, lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și se sancționează conform art. 313, lit. b) din același act normativ.

ART. 35

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă din motive imputabile furnizorul de servicii de îngrijiri paliative nu începe activitatea în termen de cel mult 30 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative;

b) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii de îngrijiri paliative acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de transmitere a facturilor electronice și a documentelor justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

f) la a doua constatare că serviciile raportate, conform contractului în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 33 lit. a), u) și v).

(2) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului încheiat conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului, după caz.

ART. 36

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

(i) furnizorul de servicii de îngrijiri paliative își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

(ii) încetarea, după caz, prin constatarea ori declararea nulității, prin fuziune, divizare totală, transformare, dizolvare sau desființare ori printr-un alt mod prevăzut de actul constitutiv sau de lege;

(iii) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

(iv) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România conform Hotărârii Colegiului Medicilor din România nr. 1/2022 privind adoptarea Statutului Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(2) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative încetează odată cu contractul de furnizare de servicii încheiat, conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului, după caz.

(3) În cazul reorganizării furnizorului de servicii de îngrijiri paliative, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii de îngrijiri paliative încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate cu privire la transferul activității, cu condiția ca activitatea preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia. Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile, unor furnizori de servicii de îngrijiri paliative, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare. Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii de îngrijiri paliative, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea preluată.

(5) Condițiile prevăzute la alin. (4) sunt aplicabile și în cazul în care, în urma reorganizării unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității, rezultă o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care a preluat ca unică activitate, activitatea transferată.

ART. 37

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii încheiat conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului;

b) în cazurile de forță majoră, confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii de îngrijiri paliative.

ART. II

(1) Începând cu data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, pacienții pot beneficia de servicii de depistare precoce activă a cancerului de col uterin, a cancerului de sân și, respectiv, a cancerului colorectal în cadrul programelor naționale de sănătate publică, dacă nu beneficiază de servicii de depistare precoce activă a cancerului de col uterin, a cancerului de sân și, respectiv, a cancerului colorectal din pachetul de servicii de bază și pachetul de servicii minimal reglementat la anexa nr. 1 din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a

dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Începând cu data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, pacienții pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi în cadrul programelor de sănătate curative, dacă nu beneficiază de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi din pachetul de servicii de bază reglementat la anexa nr. 1 din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

ART.III. Prezenta hotărâre de guvern intră în vigoare în trimestrul II al anului 2026.

PRIM-MINISTRU
Ilie-Gavril BOLOJAN