

HOTĂRÂRE nr. 866 din 14 septembrie 2023

privind modificarea și completarea [anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea [pachetelor de servicii](#) și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

EMITENT: [Guvernul](#)PUBLICAT ÎN: [Monitorul Oficial nr. 839 din 18 septembrie 2023](#)Data intrării în vigoare: [18 Septembrie 2023](#)Forma consolidată valabilă la data de [03 Noiembrie 2023](#)Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de [18 Septembrie 2023](#) până la [03 Noiembrie 2023](#)

În temeiul [art. 108 din Constituția României, republicată](#),
Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

[Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#) pentru aprobarea [pachetelor de servicii](#) și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 și 466 bis din 26 mai 2023, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La [articolul 13, după alineatul \(4\)](#) se introduce un nou alineat, alin. (5), cu următorul cuprins:

"(5) Prevederile alin. (4) sunt aplicabile și unităților medico-sanitare cu personalitate juridică, care desfășoară activitate potrivit prevederilor [art. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic."

2. La [articolul 74, litera s\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"s) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat și prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016 sau a unui medic/a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă, pentru laboratoarele de microbiologie organizate în structuri distincte; să asigure prezența unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat și prevăzut în contract, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi, respectiv 6 ore;"

3. La [articolul 77, alineatul \(5\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(5) Pentru serviciile medicale paraclinice, recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, precum și pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice. Pentru serviciile medicale paraclinice menționate, furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate."

4. La [articolul 98, partea introductivă](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 98

Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor art. 96 și, după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, cu excepția sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, serviciile conexe și servicii de tratament și/sau diagnostic, acoperite prin programele naționale cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:"

5. La [articolul 99, alineatul \(1\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 99

(1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi și, după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare, materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 98 lit. a)-c), cu excepția:

a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;

b) dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate, inclusiv serviciilor conexe actului medical;

c) serviciilor de radioterapie acordate în cadrul Subprogramului de radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice internați în regim de spitalizare continuă, în orice altă secție/compartiment în afară de secția/compartimentul de radioterapie."

6. La [articolul 153, literele a\)](#) , [b\)](#) și [e\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, precum și cu medicamentele imunologice cuprinse în sublista E din [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#) , cu modificările și completările ulterioare;

b) să facă demersurile necesare pentru acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice și în cazul medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu, cu medicamentul/ medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în condițiile [Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017](#) privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme referitoare la numărul de medicamente, cantitatea și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic, prevenție pentru prescripțiile medicale offline și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante;"

7. La [articolul 153, după litera s\)](#) se introduce o nouă literă, lit. s¹), cu următorul cuprins:

"s¹) să elibereze medicamentele din sublista E - secțiunile E1 și E2 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit denumirii comerciale prescrise de medic;"

8. La [articolul 154, litera d\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B, D și E - secțiunea E1 din [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#) , cu modificările și completările ulterioare, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;"

9. La [articolul 156, alineatele \(2\)](#) și [\(5\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, a celor din sublista B și secțiunea E1 din sublista E este de 50% din prețul de referință, a celor din sublista D este de 20% din prețul de referință, iar a celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C, precum și din secțiunea E2 din sublista E este de 100% din prețul de referință.

(5) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D, C - secțiunile C1 și C3 din sublistă și E - secțiunile E1 și E2 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin

al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului."

10. La articolul 158, partea introductivă a alineatului (1) și alineatele (4), (6), (7) și (9) se modifică și vor avea următorul cuprins:
" ART. 158

(1) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, în cazul medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale - DCI corespunzătoare. Modalitatea de prescriere a medicamentelor se aplică în mod corespunzător și în situația recomandării tratamentului prin scrisoare medicală/bilet de ieșire din spital utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, care pot fi eliberate și decontate din bugetul FNUASS, cu respectarea următoarelor condiții:

.....
(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele A, B, C - secțiunea C1 și D pentru care se calculează preț de referință, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

.....
(6) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (5) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E și nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(7) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare/documente europene, precum și medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3), după caz.

.....
(9) Perioadele pentru care pot fi prescrie medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8-10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și medicii din spital, la externarea asiguratului, pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală. Perioada pentru care pot fi prescrie medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, precum și medicamentele imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu este de până la 30-31 de zile."

ART. II

Decontarea medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu, 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se face de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. III

Prevederile art. 77 alin. (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr.

[521/2023](#) pentru aprobarea [pachetelor de servicii](#) și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, astfel cum au fost modificate prin prezenta hotărâre, sunt aplicabile și pentru serviciile medicale paraclinice acordate în luna septembrie, a căror raportare în vederea decontării se face începând cu luna octombrie a anului 2023.

PRIM-MINISTRU
ION-MARCEL CIOLACU
Contrasemnează:
Viceprim-ministru,
Marian Neacșu
Viceprim-ministru, ministrul afacerilor interne,
Marian-Cătălin Predoiu
Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila
Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Romică-Andrei Baciu
Ministrul apărării naționale,
Angel Tîlvăr
Ministrul transporturilor și infrastructurii,
Sorin-Mihai Grindeanu
Ministrul finanțelor,
Marcel-Ioan Boloș

București, 14 septembrie 2023.

Nr. 866.
