

HOTĂRÂRE nr. 60 din 31 ianuarie 2024

privind modificarea și completarea [anexelor nr. 1](#) și [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. 91 din 31 ianuarie 2024****Data intrării în vigoare: 01 Februarie 2024****Forma consolidată valabilă la data de 12 Februarie 2024****Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 01 Februarie 2024 până la 12 Februarie 2024**

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

ART. I

Anexele nr. 1 și 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, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La [anexa nr. 1, la capitolul I litera A, nota](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"NOTĂ:

În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană neasigurată. Detalierea serviciilor medicale acordate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme."

2. La [anexa nr. 1, la capitolul II litera A, nota](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"NOTĂ:

În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană asigurată. În situația în care se acordă două sau mai multe consultații în aceeași zi, medicul eliberează toate documentele necesare asiguratului ca urmare a actului medical. Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme."

3. La [anexa nr. 2, la articolul 8 alineatul \(1\), litera a\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;"

4. La [anexa nr. 2, la articolul 9, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;"

5. La [anexa nr. 2, la articolul 15, alineatul \(8\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(8) Pentru semestrul I al anului 2024, valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical se mențin la nivelul valorilor valabile în semestrul II al anului 2023.

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu medical, pentru semestrul II al anului 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4);

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în semestrul I al anului 2024;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

4. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență dintre fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv

și sumele prevăzute la pct. 1-4, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical."

6. La [anexa nr. 2, la articolul 16, alineatul \(9\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(9) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional la contract/convenție, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii minimal contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor."

7. La [anexa nr. 2, la articolul 18, după alineatul \(7\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (8), cu următorul cuprins:

"(8) Pentru anul 2024, prevederile alin. (4) și (6) nu se aplică."

8. La [anexa nr. 2, la articolul 27, litera a\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispozițiile art. 223 și art. 337 alin. (2¹), (3) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;"

9. La [anexa nr. 2, la articolul 27, după litera d\)](#) se introduce o nouă literă, litera d¹), cu următorul cuprins:

"d¹) pentru anul 2024, pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate, precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau ale căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii pot elibera bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilite conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;"

10. La [anexa nr. 2, la articolul 28, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;"

11. La [anexa nr. 2, la articolul 35, după alineatul \(1\)](#) se introduc două noi alineate, alineatele (1¹) și (1²), cu următorul cuprins:

"(1¹) Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023.

(1²) Pentru semestrul II al anului 2024, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) și suma destinată plății activității desfășurate în semestrul I al anului 2024."

12. La [anexa nr. 2, la articolul 35, după alineatul \(4\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

"(5) Pentru anul 2024, prevederile alin. (3) nu se aplică."

13. La [anexa nr. 2, la articolul 66, după alineatul \(2\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:

"(3) Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme."

14. La [anexa nr. 2, articolul 88](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 88

(1) În unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești și decontate prin tarif pe serviciu medical și/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme și în condițiile prevăzute în norme.

(2) Spitalizarea de zi are o durată de maximum 12 ore/ vizită/zi, dar nu mai puțin de 2 ore/vizită/zi, cu excepția serviciilor reglementate în norme."

15. La [anexa nr. 2, la articolul 121, litera a\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;"

16. La [anexa nr. 2, la articolul 122, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate

conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme;"

17. La [anexa nr. 2, la articolul 132, litera a\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme;"

18. La [anexa nr. 2, la articolul 133, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate, transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;"

19. La [anexa nr. 2, la articolul 218, alineatul \(1\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 218

(1) Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, întocmite distinct și eliberate de medicii de familie, precum și de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate, care vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective, potrivit [anexei nr. 2a](#) la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2.168/502/2023](#) privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările ulterioare."

ART. II

(1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 februarie 2024.

(2) Pentru semestrul I al anului 2024 suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023.

PRIM-MINISTRU

ION-MARCEL CIOLACU

Contrasemnează:

Viceprim-ministru,

Marian Neacșu

Ministrul sănătății,

Alexandru Rafila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Valeria Herdea

p. Ministrul finanțelor,

Carmen Moraru,

secretar de stat

București, 31 ianuarie 2024.

Nr. 60.
