

ORDIN nr. 444 din 7 februarie 2025

privind modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

EMITENT: **Ministerul Sănătății**

PUBLICAT ÎN: **Monitorul Oficial nr. 130 din 13 februarie 2025**

Data intrării în vigoare: 13 Februarie 2025

Forma consolidată valabilă la data de 18 Februarie 2025

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 13 Februarie 2025 până la 18 Februarie 2025

În temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
 - art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
 - art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;
 - Hotărârii 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;
 - Referatului de aprobare nr. 444R din 7.02.2025 al Ministerului Sănătății și nr. DG 650 din 3.02.2025 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
- ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. I

Normele metodologice de aplicare a Hotărârii 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, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.2.3.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maximum două consultații/neasigurat, anual. Cea de-a doua consultație, în care medicul realizează intervenția individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultație."

2. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (2), după litera f) se introduce o nouă literă, litera g), cu următorul cuprins:

"g) Pentru activitatea anului 2025, serviciile cuprinse la lit. B subpct. 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata «per capita». Consultațiile prevăzute la subpct 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 și serviciile prevăzute la subpct 1.4.2 de la lit. B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata «per capita» aferentă anului în curs."

3. În anexa nr. 2, la articolul 6, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2¹), cu următorul cuprins:

"(2¹) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2024 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2025 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza unei convenții, și 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."

4. În [anexa nr. 2, la articolul 6, după alineatul \(3\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (4), cu următorul cuprins:

"(4) Pentru anul 2025 valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical se mențin se mențin la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024."

5. În [anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul \(1¹\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (1²), cu următorul cuprins:

"(1²) Pentru anul 2025 valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 12 lei."

6. În [anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul \(2¹\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (2²), cu următorul cuprins:

"(2²) Pentru anul 2025 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei."

7. În [anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul \(4\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

"(5) Pentru anul 2025 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical prevăzută la alin. (2²)."

8. În [anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul \(4¹\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (4²), cu următorul cuprins:

"(4²) Pentru anul 2025, prevederile alin. (4) nu se aplică."

9. În [anexa nr. 2, la articolul 15, după alineatul \(5¹\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (5²), cu următorul cuprins:

"(5²) Pentru anul 2025, serviciile medicale realizate de medicii de familie care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, art. 1 alin. (3) lit. b) și ale alin. (1) sunt incluse în plata «per capita», aferentă anului în curs."

10. În [anexa nr. 3, la articolul 7, litera d\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

11. În [anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 1, subpunctul 1.4](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.4. Valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 12 lei."

Pentru anul 2025, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 12 lei."

12. În [anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 2, subpunctele 2.2](#) și [2.3](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei."

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei."

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei."

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei."

Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform [art. 1 alin. \(3\) din anexa nr. 2](#) la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului."

13. În [anexa nr. 6, la articolul 5, litera d\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate."

14. În [anexa nr. 6 A, la articolul 7, litera d\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările

ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

15. În [anexa nr. 6 A, la articolul 9 punctul 1, subpunctele 1.2](#) și [1.3](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

Pentru anul 2024, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023, respectiv 8 lei.

Pentru anul 2025, valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 8 lei. Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform [art. 1 alin. \(3\) din anexa nr. 2](#) la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#), cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului."

16. În [anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul \(3^2\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (3^3), cu următorul cuprins:

"(3^3) Pentru anul 2025 valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024, respectiv 5 lei."

17. În [anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul \(5^1\)](#) se introduce un nou alineat, alineatul (5^2), cu următorul cuprins:

"(5^2) Pentru anul 2025, prevederile alin. (5) nu se aplică."

18. În [anexa nr. 9, la articolul 7, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

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

"(2) Valoarea garantată a unui punct este unică pe țară.

Pentru anul 2025 valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe țară, se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024 și este în valoare de lei."

20. În [anexa nr. 12, la articolul 8, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

21. În [anexa nr. 14, în tabelul de la litera A, poziția 13.2](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

13.2****)	Căptușire proteză ****) Se decontează de 2 ori pe an.	202	100%	100%
-----------	---	-----	------	------

"

22. În [anexa nr. 14, în tabelul de la litera B, poziția 13.2](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"

13.2**)	Căptușire proteză **) Se decontează o dată pe an.	202	100%
---------	---	-----	------

"

23. În [anexa nr. 15, la articolul 3, alineatele \(2\)](#) , [\(3\)](#) și [\(3^1\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(2) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract și pe medic. Medicii pot efectua servicii medicale peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maximum 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv, pentru fiecare medic.

(3) În situația în care la unii medici se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară la nivelul cărora medicii, în trimestrul respectiv, și-au epuizat valoarea de contract și se repartizează proporțional, corespunzător elementelor utilizate la stabilirea valorii de contract, pe fiecare medic.

Dacă din valoarea trimestrială de contract/medic a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Pentru medicii care se găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, această sumă se redistribuie aceluiași medic în trimestrul următor.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data încheierii actului adițional.

Prin excepție, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, în situația în care la unii medici se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la medicii care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract.

Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru medicii care se găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, această sumă se redistribuie aceluiași medic în luna următoare.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

(3^1) Pe perioada de aplicare a prevederilor [art. I alin. \(1\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2023](#) privind unele măsuri fiscal-bugetare, prorogarea unor termene, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, prevederile alin. (2) și (3) nu se aplică.

În situația în care la nivelul unor medici se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate."

24. În [anexa nr. 16, la articolul 7, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#) , cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

25. În [anexa nr. 17, la litera A, în tabelul de la punctul 2](#) , punctele 114 și 115 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"

114.	RMN umăr drept nativ	606,00
115.	RMN umăr drept nativ și cu substanță de contrast	850,00

"

26. În [anexa nr. 17, la litera A, în tabelul de la punctul 2](#) , după punctul 114 se introduce un nou punct, punctul 114^1, cu următorul cuprins:

"

114^1.	RMN umăr stâng nativ	606,00
--------	----------------------	--------

"

27. În [anexa nr. 17, la litera A, în tabelul de la punctul 2](#) , după punctul 115 se introduce un nou punct, punctul 115¹, cu următorul cuprins:

"

115 ¹ .	RMN umăr stâng nativ și cu substanță de contrast	850,00
--------------------	--	--------

"

28. În [anexa nr. 18, la articolul 2, după alineatul \(3⁴\)](#) se introduce un nou alineat, alin. (3⁵), cu următorul cuprins:

"(3⁵) Prevederile alin. (3¹)-(3³) se aplică inclusiv în situațiile în care investigațiile paraclinice sunt efectuate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, după caz, care au încheiat cu casa de asigurări de sănătate acte adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, respectiv în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, după caz."

29. În [anexa nr. 18, la articolul 3, alineatul \(3\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) Prin excepție de la obligativitatea încadrării în valoarea de contract, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale pentru serviciile medicale paraclinice, ecografiile acordate persoanelor asigurate, respectiv neasigurate, după caz, în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin [Legea nr. 293/2022](#) , cu modificările și completările ulterioare."

30. În [anexa nr. 21, la articolul 7, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#) , cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

31. În [anexa nr. 22, în tabelul de la pct. B.4.1](#) , după punctul 212 se introduc 3 noi puncte, punctele 213-215, cu următorul cuprins:

"

213.	Manometrie esofagiană de înaltă rezoluție - Se decontează maximum un serviciu/an/pacient.	Consultație de specialitate: gastroenterologie Hemoleucogramă completă Timp Quick și INR Procedură de manometrie esofagiană de înaltă rezoluție	977,40 lei/pacient/serviciu
214.	Manometrie anorectală de înaltă rezoluție - Se decontează maximum un serviciu/an/pacient.	Consultație de specialitate: gastroenterologie Hemoleucogramă completă Timp Quick și INR Procedură de manometrie anorectală de înaltă rezoluție	1.012,32 lei/pacient/serviciu
215.	pHmetrie esofagiană cu impedanță esofagiană - Se decontează maximum un serviciu/an/pacient.	Consultație de specialitate: gastroenterologie Hemoleucogramă completă Timp Quick și INR Procedură pHmetrie esofagiană cu impedanță esofagiană	949,08 lei/pacient/serviciu

"

32. În [anexa nr. 22, capitolul IV, la punctul 2, sub tabel, după nota 5](#) se introduce o nouă notă, nota 6, cu următorul cuprins:

"NOTA 6:

Pentru serviciile medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se

contractează și în ambulatoriul de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii nu este necesară prezentarea biletului de trimitere."

33. În anexa nr. 23, la articolul 5 alineatul (1), litera a5) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a5) Tariful pe caz ponderat pentru fiecare spital este prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

În situația în care unul dintre spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);"

34. În anexa nr. 23, articolul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 6

(1) La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru anul în curs.

(2) Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești;

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

b.1. prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă;

b.2. prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă;

b.3. consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă;

b.4. consum de materiale sanitare, reactivi de laborator și dezinfectanți cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare, reactivi de laborator și dezinfectanți la nivelul spitalului (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare, reactivi de laborator și dezinfectanți la nivel de spital/nr. total al structurilor funcționale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplinește criteriile de mai sus se stabilește conform următoarelor formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă a/al spitalului/Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secțiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziția caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate.

În situația în care nu sunt întrunite de către niciun furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile lit. a).

Spitalele evaluează pacienții atât la intrarea, cât și la ieșirea din compartimentele/secțiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj APACHE 2									
Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39,0-40,9		38,5-38,9	36,0-38,4	34,0-35,9	32,0-33,9	30,0-31,9	< 29,9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130-159	110-129		70-109		50-69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min.)	> 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	< 39
Rata respirației (respirații/min.)	> 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 5

Oxygenare (kPa)*:									
FiO ₂ > 50%	66,5	46,6-66,4	26,6-46,4		< 26,6				
A-aDO ₂									
FiO ₂ < 50% PaO ₂					> 9,3	8,1-9,3		7,3-8,0	< 7,3
pH arterial	> 7,7	7,60-7,59		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171-299		121-170	50-120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Număr de leucocite (x 10 ⁹ /l)	> 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Alte variabile: - Scala de comă Glasgow - Boli cronice - Vârsta - Statut chirurgical									

"

35. În anexa nr. 23, la articolul 7, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(2) Pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, din fondurile prevăzute la art. 6 alin. (2) lit. a), precum și din fondurile prevăzute la alin. (1) pot fi contractate cu spitalele/secțiile/compartimentele de acuți servicii medicale acordate de la data încheierii actului adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, stabilită astfel:

(Nr_pat x IU_pat/DMS_spital) x ICM x TCP/12 luni

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele casemix.

Pentru spitalele non-DRG, în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități și la numărul de cazuri externe pe fiecare specialitate, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat."

36. Anexa nr. 23 B II se modifică și se înlocuiește cu [anexa](#) *) la prezentul ordin.

*) Anexa se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 130 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul din șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, București.

37. În [anexa nr. 26, la articolul 7, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

38. În [anexa nr. 29, la articolul 6 alineatul \(1\), litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

39. În [anexa nr. 30 A, la litera A, în tabel, după poziția 24](#) se introduce o nouă poziție, poziția 25, cu următorul cuprins:

"

25.	evaluare clinică psihologică a pacientului oncologic furnizată de psiholog cu formare complementară în psiho-oncologie
-----	--

"

40. În anexa nr. 31 A, la articolul 3, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 3

(1) În vederea stabilirii valorii de contract personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat la furnizor. Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă; pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată, iar pentru asistentul medical nu se acordă punctaj pentru mai puțin de jumătate de normă. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

Pentru personalul care își desfășoară activitatea cu contract individual de muncă de cel puțin 6 luni la furnizor se acordă un punctaj suplimentar de 2 puncte/persoană.

1. medic de specialitate clinică	20 de puncte
2. medic de medicină generală	18 puncte
3. asistenți medicali	13 puncte
4. fizioterapeut	13 puncte
5. logoped	13 puncte
6. psiholog cu formare complementară în psiho-oncologie	13 puncte

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 de ore/săptămână (7 ore x 5 zile/ săptămână);
- pentru un asistent medical - 40 de ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână);
- pentru un fizioterapeut - 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână);
- pentru un logoped - 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână);
- pentru un psiholog cu formare complementară în psiho-oncologie - 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână).

41. În anexa nr. 31 C, la punctul I subpunctul 8 , după poziția 24 din tabel se introduce o nouă poziție, poziția 25, cu următorul cuprins:

"

25.	evaluare clinică psihologică a pacientului oncologic furnizată de psiholog cu formare complementară în psiho-oncologie
-----	--

"

42. În anexa nr. 31 C, la punctul I, nota **) se modifică și va avea următorul cuprins:

"***) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani și pentru pacienții cu afecțiune oncologică, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. În cazul în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani și a pacienților cu afecțiune oncologică care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni."

43. În anexa nr. 31 D, la punctul I, nota **) se modifică și va avea următorul cuprins:

"***) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani și pentru pacienții cu afecțiune oncologică, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire paliativă este de maximum 30 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile paliative nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18

ani și a pacienților cu afecțiuni oncologică care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni."

44. În [anexa nr. 32 A, la articolul 7, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

45. În [anexa nr. 32 B, la articolul 7, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

46. În [anexa nr. 35, la articolul 6, litera b\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

47. În [anexa nr. 36, articolul 11](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 11

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale offline, urmând ca facturile să se transmită conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare, în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea, cu excepția facturilor, care se întocmesc pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție aflate în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate."

48. În [anexa nr. 37, la articolul 7, litera q\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"q) să depună/să transmită electronic, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale offline; în vederea decontării, facturile se transmit conform prevederilor [Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal](#), cu modificările și completările ulterioare, până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care sa obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;"

49. În [anexa nr. 37, la articolul 9, alineatul \(1\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" ART. 9

(1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

b) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii cardului european;

c) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

d) medicamentele din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene;

e) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225 alin. \(1\) lit. a\)](#) , [e\)](#) și [f\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#) , cu modificările și completările ulterioare.

Borderoul centralizator 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 medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la [art. 156 alin. \(3\) din anexa nr. 2](#) la [Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#) , cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023](#) , cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

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, medicamentelor din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene, medicamentelor din rețetele eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225 alin. \(1\) lit. a\)](#) , [e\)](#) și [f\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#) , cu modificările și completările ulterioare, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la [art. 156 alin. \(3\) din anexa nr. 2](#) la [Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#) , cu modificările și completările ulterioare, după caz.

În vederea decontării medicamentelor ce și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și înaintează prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale offline (componenta prescriere și componenta eliberare), urmând ca facturile să se transmită conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#) , cu modificările și completările ulterioare, în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea, cu excepția facturilor, care se întocmesc pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție aflate în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate."

50. În [anexa nr. 37 A, la articolul 4 alineatul \(1\), litera a\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a) să factureze lunar și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#) , cu modificările și completările ulterioare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a prescripțiilor medicale care urmează a fi decontate din bugetul FNUASS, în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării informațiilor prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. (i);"

51. În [anexa nr. 37 A, la articolul 5, alineatul \(1\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" **ART. 5**

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează sumele corespunzătoare contravalorii medicamentelor pe baza facturii transmise conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#) , cu modificările și completările ulterioare, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la validarea acestora în limita fondurilor aprobate cu această destinație."

52. În [anexa nr. 39, la articolul 1, alineatul \(5\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive de o proteză provizorie. În această situație, medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În perioada termenului de înlocuire a protezei membrului inferior, în situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare (un alt tip de proteză) care să cuprindă atât proteză provizorie, cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă. Durata prescripțiilor medicale pentru protezele de membru superior și pentru protezele de membru inferior - proteze definitive este nelimitată."

53. În [anexa nr. 39, la articolul 6, alineatul \(3\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale transmite facturile conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare, și depune/transmite următoarele documente casei de asigurări de sănătate, după caz:

- copia certificatului de garanție, cu excepția dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) și a dispozitivelor medicale pentru care nu se emit certificate de garanție, dar au termen de valabilitate;

- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare;

- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/ codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate;

- dovada verificării tehnice, numai în luna următoare celei în care se realizează verificarea tehnică, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP;

- dovada primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor, prin poștă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soțului/soției, împuternicitului legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantului legal, cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, situație în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii dispozitivului medical, primită de către acesta, în format electronic; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical.

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical, în vederea decontării acestuia, se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/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. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului medical.

În situația în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicitul legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical este beneficiar de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz."

54. În [anexa nr. 40, la articolul 6, literele g\)](#) și [o\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"g) să factureze lunar și să transmită factura conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare. Documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu se transmit la casele de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, conform și în condițiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

.....
o) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală copiile documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, documentele justificative, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați, și să transmită facturile conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare;"

55. În [anexa nr. 40, la articolul 10, alineatul \(1\)](#) se modifică și va avea următorul cuprins:

" **ART. 10**

(1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face

de către casele de asigurări de sănătate furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale transmite facturile conform prevederilor [Legii nr. 227/2015](#), cu modificările și completările ulterioare, și depune/transmite următoarele documente casei de asigurări de sănătate, după caz:

- copia certificatului de garanție, cu excepția dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) și a dispozitivelor pentru care nu se emit certificate de garanție, dar au termen de valabilitate;

- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare;

- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/ codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate;

- dovada verificării tehnice, numai în luna următoare celei în care se realizează verificarea tehnică, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP;

- dovada primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor, prin poștă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soțului/soției, împuternicitului legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantului legal, cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, situație în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii dispozitivului medical, primită de către acesta, în format electronic; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical.

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/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. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului.

În situația în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicitul legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentantul legal, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical este beneficiar de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz."

ART. II

(1) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) Prevederile art. I pct. 33-36 intră în vigoare la data de 1 aprilie 2025.

Ministrul sănătății,

Alexandru Rafila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Valeria Herdea

ANEXA 1

(Anexa nr. 23 B II la [Ordinul nr. 1.857/441/2023](#))

ANEXĂ