

HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

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

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, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 13, alineatele (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(4) Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicia angajat/angajată al/ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 5 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază a cabinetului, prevăzută la alin. (1).

(5) Prevederile alin. (4) sunt aplicabile și cabinetelor medicale cu personalitate juridică, care desfășoară activitate în conformitate cu art. 1 alin. (5) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.”

2. La articolul 15, după alineatul (10) se introduc două noi alineate, alin. (11) și (12), cu următorul cuprins:

„(11) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, fondul aprobat pentru anul 2026 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 nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

3. 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;

4. fondul destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2026 și sumele prevăzute la pct. 1-3;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2026 și sumele prevăzute la pct. 1-4, care se repartizează astfel:

a) 25% pentru plata per capita;

b) 75% pentru plata pe serviciu medical.

(12) Începând cu anul 2027, pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, fondul aprobat

anual pentru asistența medicală primară 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 nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

3. 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;

4. fondul destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1-3;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între 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) 20% pentru plata per capita;

b) 80% pentru plata pe serviciu medical.”

3. La articolul 35, după alineatul (13) se introduc două noi alineate, alin. (14) și (15), cu următorul cuprins:

„(14) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 6,5 lei, potrivit prevederilor art. XXXII alin. (2) din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, cu modificările și completările ulterioare.

(15) Începând cu data de 1 ianuarie 2027, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice este de 8 lei, potrivit prevederilor art. XXXII alin. (3) din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare.”

4. La articolul 66, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

„(4) În anul 2026, suma orientativă/medic specialist în asistența medicală stomatologică se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025, potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare.”

5. La articolul 71 alineatul (2), după litera e) se introduce o nouă literă, lit. f), cu următorul cuprins:

„f) structurile mobile din spitale, înființate potrivit prevederilor titlului V1 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.”

6. La articolul 77, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 77. — (1) Condițiile contractării și condițiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. La stabilirea sumei contractate se au în vedere criteriile privind repartizarea sumelor

prevăzute în norme. La stabilirea sumei contractate cu furnizorii publici de servicii medicale pentru structurile care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu organizate în cadrul acestora se va aplica un coeficient de ajustare pozitivă a punctajului obținut în urma aplicării criteriilor prevăzute în norme, față de furnizorii privați de servicii medicale paraclinice care acordă servicii medicale în aceleași condiții tehnice și de resurse umane.”

7. La articolul 84, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

„(4) Serviciile de spitalizare de zi care pot fi acordate prin asistența medicală mobilă organizată potrivit prevederilor titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se stabilesc în norme.”

8. După articolul 85 se introduce un nou articol, art. 85¹, cu următorul cuprins:

„Art. 85¹. — (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru numărul de paturi contractabile, cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății în conformitate cu Planul național de paturi.

(2) Până la data de 31 decembrie 2028, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, pentru paturile care intră sub incidența Planului național de paturi aprobat prin hotărâre a Guvernului, în condițiile art. V din Legea nr. 163/2025 privind modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare.”

9. La articolul 88, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:

„(3) Numărul maxim de servicii/cazuri rezolvate de spitalizare de zi ce poate fi decontat se stabilește conform normelor, în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate, durata/vizită și numărul de paturi de spitalizare de zi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.”

10. La articolul 92 alineatul (1), după litera ah) se introduce o nouă literă, lit. ai), cu următorul cuprins:

„ai) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fond, precum și documentele justificative din care să rezulte corelația dintre tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analize efectuate pe perioada controlată, atât cele care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și cele din afara relației contractuale.”

11. La articolul 103, după alineatul (7) se introduc două noi alineate, alin. (7)¹ și (7)², cu următorul cuprins:

„(7)¹ În cazul în care, pe perioada derulării contractului, structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate constată că pentru serviciile medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia/căruia s-a înregistrat abaterea, aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații, și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căroră s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 6 luni și sesizarea Colegiului Medicilor din România, respectiv a colegiilor teritoriale, după caz, în vederea aplicării

sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia/căruia s-a înregistrat abaterea, aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații, și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căroră s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 36 de luni și sesizarea Colegiului Medicilor din România în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(7)² În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. ai) se sancționează prin recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la valoarea totală de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate, situație în care nu sunt aplicabile prevederile art. 313 lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.”

12. La articolul 103, alineatele (8), (9), (11) și (12) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(5), (7), (7)¹ și (7)² pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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 medicale 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 medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale 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 medicale, 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.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(5), (7), (7)¹ și (7)² se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

.....

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(5), (7), (7)¹ și (7)² se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(5), (7), (7)¹ și (7)², casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe furnizor.”

13. La articolul 103, după alineatul (12) se introduc două noi alineate, alin. (13) și (14), cu următorul cuprins:

„(13) În situația în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe

între medicamentele achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționate conform facturilor și utilizate în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.

(14) În perioada în care medicul este exclus din contractul încheiat de unitatea sanitară spitalicească cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (7¹), acesta nu poate desfășura activitate sub incidența unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la niciun furnizor de servicii medicale.”

14. Articolul 190 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 190. — (1) În condițiile art. 381 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sistemul de asigurări sociale de sănătate se pot acorda și deconta numai serviciile medicale și dispozitivele medicale cuprinse în pachetele de servicii prevăzute în contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia. Medicamentele care se pot acorda și deconta în condițiile contractului-cadru sunt cele 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.

(2) Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme de la data implementării acesteia.”

15. La articolul 202, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:

„(3) În cazul în care se constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale, medicamentele sau dispozitivele medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării sau, după caz, eliberării acestora, se recuperează contravaloarea acestora.”

16. Articolul 218 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 218. — (1) Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării 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 și completările ulterioare.

(2) Efectuarea investigațiilor paraclinice prevăzute la alin. (1), necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli

oncologice, se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1), necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

(4) Sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, cu contravaloarea investigațiilor paraclinice prevăzute la alin. (1), necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

(5) Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul fondului, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

(6) Sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, în condițiile art. IX alin. (4) și (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 378/2023, cu modificările și completările ulterioare.

(7) În cadrul monitorizării prevăzute la alin. (6), pentru fiecare persoană asigurată se decontează într-un an calendaristic o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază potrivit art. IX alin. (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 378/2023, cu modificările și completările ulterioare. Suplimentar, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurrente, aceste persoane pot beneficia de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

(8) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (6), furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.”

17. Articolul 219 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 219. — (1) Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, contractate potrivit prevederilor cap. VI, se decontează în limita valorii contractate de unitățile sanitare cu paturi pentru servicii de spitalizare de zi, cu respectarea condițiilor de raportare, validare și decontare, astfel cum sunt acestea reglementate la cap. VI.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), se decontează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat, serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi pentru următoarele categorii de persoane:

- a) pacienți înscriși în programele naționale de sănătate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscriși în program;
- b) pacienți diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA;
- c) persoane asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică;

d) persoane asigurate și persoane care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice.

(3) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la alin. (2), pentru care sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate, furnizorii de servicii medicale spitalicești țin evidențe distincte.”

Art. II. — (1) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, pentru o perioadă de 12 luni, pacienții pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi din pachetul de servicii de bază reglementat potrivit prevederilor anexei nr. 1 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, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu beneficiază de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi în cadrul Programului național de îngrijiri paliative.

(2) Începând cu ziua următoare expirării perioadei de 12 luni prevăzute la alin. (1), contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate exclusiv pentru acordarea de îngrijiri paliative, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și furnizorii de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, încetează de drept.

(3) Începând cu ziua următoare expirării perioadei de 12 luni prevăzute la alin. (1), contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Începând cu ziua următoare expirării perioadei de 12 luni prevăzute la alin. (1), contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim de spitalizare de zi.

(5) Începând cu ziua următoare expirării perioadei de 12 luni prevăzute la alin. (1), contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, de către furnizorii de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim ambulatoriu.

(6) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, pentru o perioadă de un an, furnizorii pot acorda îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi atât în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, cât și în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(7) Până la data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, pacienții pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi, incluse în pachetul de servicii de bază reglementat potrivit prevederilor anexei nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare. Aceste servicii sunt acordate de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și furnizorii de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, în baza contractelor încheiate potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare. Casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte pentru furnizarea de îngrijiri paliative cu furnizorii de servicii îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și furnizorii de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi cu care se aflau în relație contractuală la data de 31 decembrie 2025, fără organizarea unei perioade de contractare, cu respectarea condițiilor prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare. Furnizorii de îngrijiri paliative care nu se aflau în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate la data de 31 decembrie 2025 pot intra în relație contractuală cu acestea, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.”

PRIM-MINISTRU

ILIE-GAVRIL BOLOJAN

Contrasemnează:

Viceprim-ministru,

Marian Neacșu

Viceprim-ministru, ministrul afacerilor interne,

Marian-Cătălin Predoiu

Viceprim-ministru, ministrul apărării naționale,

Radu-Dinel Miruță

Ministrul sănătății,

Alexandru-Florin Rogobete

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Cristian-Georgică Celea

Ministrul finanțelor,

Alexandru Nazare

București, 14 ianuarie 2026.

Nr. 5.