



Ordonanță de urgență

pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative cu impact în domeniul sănătății

Având în vedere necesitatea implementării programului de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu pentru pacienții cu afecțiuni oncologice care reprezintă rezultatul proiectului “Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu”, ce vine în sprijinul pacienților cu afecțiuni atât oncologice, cât și non-oncologice, reprezentând îngrijiri necesare care se acordă în stadii terminale de boală cu scopul de ameliora calitatea vieții pacientului,

Luând în considerare faptul că, în Legea nr. 293/2022 privind aprobarea planului național de cancer, cu modificările și completările ulterioare, este prevăzut Obiectivul general – Îngrijiri paliative, al cărui termen de implementare este anul 2024,

se impune ca toate serviciile paliative care sunt parte a Programului național de îngrijiri paliative să fie implementate în trimestrul IV al anului 2024, astfel încât până la această dată este necesară elaborarea actelor normative subsecvente, precum și implementarea acestor modificări în aplicațiile informatice utilizate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și furnizorii de astfel de servicii.

Ținând cont de importanța acordării serviciilor de radioterapie pe tip de afecțiune oncologică și localizare tumorală, este necesară implementarea în cadrul Planului de prevenire și combatere a cancerului în România a unui obiectiv distinct destinat tratamentului specific prin radioterapie pentru toți bolnavii oncologici care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru a beneficia de serviciile de radioterapie, indiferent de tipul de tumoră malignă.

Totodată, se impune necesitatea unei abordări unitare în acordarea serviciilor de radioterapie pacienților eligibili, corelat cu necesitatea raportării, validării și decontării acestor servicii din bugetul alocat Planului de prevenire și combatere a cancerului în România, parte componentă a bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, fapt ce va permite o utilizare eficientă și transparentă fondurilor cu această destinație.

Având în vedere faptul că există zone în care unitățile sanitare nu au în structura compartimente dedicate îngrijirii populației de vârstă pediatrică, precum și faptul că este necesară a se asigura tranziția optimă de la copil la tânăr, cu 3 ani înainte și după vârsta majoratului,

este necesară instituirea unor măsuri pentru ca tinerii și copiii, cu vârsta cuprinsă între 15 și 21 de ani, să poată beneficia de servicii medicale acordate atât în spitalele de adulți, cât și în cele de copii.

Luând în considerare necesitatea asigurării accesului timpuriu al asiguraților, anterior rambursării efective din FNUASS, la tratamentul adecvat stării de sănătate a acestora, corespunzător stadiului clinic de boală,

se impune reglementarea unui mecanism de acces timpuriu la medicamente în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și cu partajarea riscurilor financiare și a incertitudinilor beneficiilor acestor medicamente cu deținătorii de autorizații de punere pe piață.

Ținând cont de actualizările recente ale modalității de derulare a procesului de evaluare a tehnologiilor medicale (HTA), se impune actualizarea criteriilor de priorizare utilizate în procesul de negociere pentru medicamentele noi cu decizii de includere condiționată în Lista de medicamente aprobată prin hotărâre a Guvernului, ceea ce determină un nivel mai mare de transparență și o diminuare a riscului de contestare până la anularea acestuia față de vechile criterii de priorizare.

Ținând cont de necesitatea asigurării dreptului pentru asigurați de a avea acces la servicii medicale ambulatorii fără contribuție personală, întrucât în condițiile în care asiguratul nu poate suporta contribuția personală și în condițiile în care ar fi îngreunat accesul la astfel de furnizori, acesta va accesa serviciile medicale cu întârziere față de momentul nevoii de astfel de servicii, ceea ce conduce în mod direct la agravarea stării de sănătate a asiguratului, respectiv prejudiciază cu efecte pe termen lung sănătatea populației,

Ținând seama că excluderea medicilor de medicină generală din cadrul echipelor medicale ale centrelor de permanență poate conduce la desființarea centrelor de permanență, prin neîntreținerea numărului minim de posturi de medic de familie, în zone izolate și greu accesibile și fără alternative de acces al populației la alte servicii de asistență medicală,

este necesară menținerea acestei măsuri de asigurare a dreptului pentru persoanele asigurate de a beneficia de servicii medicale și fără a plăti o contribuție personală și pentru a asigura totodată protecția asiguraților față de costurile serviciilor medicale din ambulatoriul clinic și paraclinic, în caz de boală, potrivit principiilor sistemului asigurărilor sociale de sănătate,

luând în considerare că este necesară adoptarea în regim de urgență a unui act normativ de nivel primar care să asigure temeiul juridic pentru un termen sustenabil în care să fie implementate măsurile propuse,

în considerarea faptului că toate elementele mai sus prezentate vizează interesul public general și constituie situații de urgență și extraordinare, a căror reglementare nu mai poate fi amânată, se impune adoptarea de măsuri imediate pe calea ordonanței de urgență.

În temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

ART. I - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 48 alineatul (1), după litera i) se introduc două noi litere, lit. j) și k), cu următorul cuprins:

„j) servicii de îngrijiri paliative de bază - acele servicii furnizate, în condițiile prezentului titlu, de către unitățile de specialitate care au personal medical cu instruire de bază în domeniul îngrijirilor paliative, potrivit Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, aprobat prin ordin al ministrului sănătății;

k) servicii de îngrijiri paliative specializate - acele servicii furnizate, în condițiile prezentului titlu, de către unitățile de specialitate autorizate pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, care au personal sanitar cu studii aprofundate în domeniul paliaticei, potrivit Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, aprobat prin ordin al ministrului sănătății.”

2. La articolul 48 alineatul (2), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) programe naționale de sănătate curative care au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, altele decât TBC și HIV/SIDA și transplant de organe, țesuturi și celule, precum și acordarea de servicii medicale, servicii de îngrijiri paliative și servicii conexe

actului medical pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, potrivit structurii și obiectivelor stabilite conform art. 51 alin. (4).”

3. La articolul 48, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (3), cu următorul cuprins:

”(3) Coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea și derularea programelor naționale de sănătate curative se asigură de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau casele de asigurări de sănătate, după caz, cu participarea experților coordonatori de program/subprogram/activitate, după caz, la nivel național, desemnați de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar la nivelul unităților de specialitate sunt desemnați responsabili de program/subprogram/activitate de către conducătorul respectivei unități de specialitate. Atribuțiile coordonatorilor, respectiv ale responsabililor de program/subprogram/activitate, se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

4. La alineatul (2) al articolului 52, după litera e) se introduc două noi litere, literele f) și g), cu următorul cuprins:

„f) cabinete de medicină de familie, organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, care desfășoară activități de îngrijiri paliative de bază, definite prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative;

g) furnizori privați de servicii de îngrijiri paliative specializate pentru serviciile de îngrijiri paliative specializate, care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale care acordă și servicii de îngrijiri paliative specializate.”

5. La articolul 53, alineatele (3)-(5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Relațiile dintre unitățile de specialitate prevăzute la art. 52 alin. (2) literele b) – g) și casele de asigurări de sănătate, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative, sunt de natură civilă, reprezintă acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale.

(4) Unitățile de specialitate prevăzute la art. 52 alin. (2) literele b) – g) încheie cu casele de asigurări de sănătate contracte pe baza modelelor de contracte prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, în cuprinsul cărora pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare, negociate, în limita prevederilor legale în vigoare.

(5) Sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către unitățile de specialitate prevăzute la art. 52 alin. (2) literele b) – g), cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin hotărârea Guvernului prevăzută la art. 51 alin. (4).”

6. La articolul 163, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(4) Serviciile medicale acordate de spital pot fi preventive, curative, de recuperare și/sau paliative. Persoanele cu vârsta cuprinsă între 15 și 21 de ani pot beneficia de servicii medicale în orice unitate sanitară, pentru acordarea asistenței medicale sau asigurarea continuității acesteia.”

7. La articolul 172², după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

”(4) Consorțiile medicale prevăzute la alin. (1), organizate în condițiile alin. (3), pot furniza servicii medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, din alte tipuri de asigurări de sănătate, precum și servicii medicale cu plată, în condițiile legii.”

8. La articolul 220, alineatele (2) și (2¹) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Constituirea fondului se face din contribuția de asigurări sociale de sănătate, denumită în continuare contribuție, suportată de asigurați, din sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie

pentru muncă, conform art. 220⁶ alin. (4) lit. d) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, sumele provenite din protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, sumele provenite din protocoalele de acces timpuriu în rambursare, sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului CNAS și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii.

(2¹) Ministerul Finanțelor este autorizat să introducă, la propunerea CNAS, pe măsura încasării, influențele ce decurg din sumele provenite din protocoale încheiate de aceasta cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, din sumele provenite din protocoalele de acces timpuriu în rambursare precum și din sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003, în volumul și structura veniturilor și cheltuielilor bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, cu menținerea echilibrului bugetar.”

9. La articolul 221 alineatul (1), după lit. m) se introduce o nouă literă, lit. n), cu următorul cuprins:

”n) protocoale de acces timpuriu în rambursare - mecanisme de facilitare a accesului la medicamente, altele decât cele prevăzute la art. 241 alin. (1¹), prin care deținătorii de autorizații de punere pe piață, direct sau prin reprezentanții legali ai acestora, pentru medicamentele cu decizii de includere în lista de medicamente prevăzută la art. 242 emise în urma evaluării efectuate de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, precum și pentru medicamentele cu autorizație de punere pe piață care au depus la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România documentația în vederea evaluării tehnologiilor medicale, pentru indicații aprobate fără alternativă terapeutică în lista de medicamente, participă la cofinanțarea tratamentului persoanelor asigurate pentru o perioadă limitată de timp. Mecanismele de facilitare a accesului la medicamente, metodologia de încheiere și monitorizare a modului de implementare și derulare a protocoalelor de acces timpuriu în rambursare se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

10. La articolul 222, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Persoanele prevăzute la alin. (1) care se încadrează în categoria celor care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și în cazul celor prevăzute la art. 180 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, dobândesc calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și au dreptul la pachetul de bază de la data depunerii declarației, prevăzută la art. 147 alin. (1), art. 174 alin. (2), art. 174¹ alin. (3) și alin. (4) sau art. 180 alin. (2) și (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, după caz, prin care este stabilită contribuția de asigurări sociale de sănătate potrivit legii.”

11. La articolul 224 alineatul (1), literele a), h) și m) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”a) copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.

.....
h) persoanele fizice care se află în concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau unor boli profesionale, în baza Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

precum și cele aflate în concedii medicale în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru care indemnizațiile nu sunt cuprinse în categoriile de venituri supuse contribuției de asigurări sociale de sănătate potrivit art. 155 alin. (1) lit. i) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru indemnizațiile aferente certificatelor medicale;

.....
m) persoanele fizice care beneficiază de venit minim de incluziune potrivit Legii nr. 196/2016 privind venitul minim de incluziune, cu modificările și completările ulterioare;”

12. La articolul 265 alineatul (1), după litera a³) se introduce o nouă literă, lit. a⁴), cu următorul cuprins:

”a⁴) sume provenite din protocoalele de acces timpuriu în rambursare.”

13. La articolul 267, alineatele (2²) și (2³) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2²) Pentru persoanele care realizează veniturile prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b) - h), precum și pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la data la care expiră termenul legal de depunere al declarației, prevăzută la art. 174 alin. (2), art. 174¹ alin. (3) și alin. (4) și art. 180 alin. (2) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, după caz, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare, prin care este stabilită contribuția de asigurări sociale de sănătate potrivit legii.

(2³) Pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. b) și c) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la expirarea a 12 luni de la data depunerii declarației prevăzute la art. 180 alin. (3) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, după caz, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare, prin care este stabilită contribuția de asigurări sociale de sănătate potrivit legii.”

14. La articolul 391 alin (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(5) Prin excepție de la prevederile alin. (2), medicii care își desfășoară activitatea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii medicale, își pot continua activitatea, după împlinirea vârstei de 70 ani, la cerere, cu aviz anual eliberat de direcția de sănătate publică județeană sau a municipiului București și de CMR, prin colegiile județene ale medicilor sau al municipiului București, pe baza certificatului de sănătate.”

15. Articolul 474 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Medicii care ocupă funcții publice în cadrul aparatului central al Ministerului Sănătății, în cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, în cadrul CNAS și, respectiv, în cadrul caselor de asigurări de sănătate, precum și cei din cadrul ministerelor sau instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii pot desfășura în afara programului normal de lucru, în condițiile legii, activități profesionale, potrivit calificării pe care o dețin. Prevederile se aplică, cu respectarea reglementărilor legale referitoare la conflictul de interese și incompatibilități stabilite pentru sistemul sanitar, iar activitățile profesionale se desfășoară exclusiv în unități sanitare private.

(2) Deputații și senatorii care au profesia de medic își pot desfășura activitatea în unități sanitare private și în unități sanitare publice ca medic.

(3) Medicii, funcționarii publici cu statut special, încadrați în unități sanitare subordonate ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică și securitate națională, prin derogare de la regimul incompatibilităților aplicabil acestei categorii de personal, pot desfășura în afara programului normal de lucru, în condițiile legii, activități profesionale, potrivit calificării pe care o dețin, în unități sanitare private.

(4) Medicilor prevăzuți la alin. (1) și (2) li se aplică în mod corespunzător prevederile din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(5) Personalul de specialitate medico-sanitar din cadrul unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică și securitate națională, poate desfășura în afara programului normal de lucru, suplimentar orelor aferente funcției de bază, activități profesionale, în limita competențelor deținute, și în unitățile sanitare ale ministerului sau instituției din care face parte, în baza unui contract de prestări servicii.

(6) Tarifele încasate de unitatea sanitară pentru serviciile medicale desfășurate potrivit alin. (5) reprezintă venituri proprii ale unității sanitare și se cuprind în bugetul de venituri și cheltuieli al acesteia.

(7) Valoarea contractului prevăzut la alin. (5) se stabilește în funcție de tariful încasat de unitatea sanitară, raportat la tipul serviciului, specialitatea medicală și condițiile concrete de desfășurare a activității.

(8) Veniturile obținute de personalul de specialitate medico-sanitar în baza contractului prevăzut la alin (5) se supun impozitării potrivit Legii nr.227/2015 privind Codul Fiscal, cu modificările și completările ulterioare.

(9) Specialitățile medicale și condițiile concrete în care se pot desfășura activitățile profesionale prevăzute la alin. (5), precum și modalitatea de calcul a tarifelor încasate de unitatea sanitară se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al conducătorilor ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică și securitate națională.

(10) Personalul de specialitate medico-sanitar care desfășoară activități profesionale potrivit alin (5) trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) au pregătire profesională în domeniul de activitate, atestată prin diplome sau certificări acreditate;
- b) au asigurare de malpraxis aflată în termenul de valabilitate;
- c) nu afectează programul funcției militare de bază, obligațiile izvorâte din funcția militară de bază, capacitatea fizică, psihică sau timpul de repaus necesar între două zile de muncă;
- d) nu se află în situațiile de interdicții sau incompatibilității prevăzute de lege.”

ART. II - Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680 din 26 septembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. După articolul 1² se introduce un nou articol, art. 1³, cu următorul cuprins:

”(1³) Deținătorii autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor care încheie cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, direct sau prin reprezentanții legali ai acestora, protocoale de acces timpuriu în rambursare în condițiile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru medicamentele care fac obiectul acestor protocoale, nu datorează, pe întreaga perioadă de derulare a acestora, contribuția trimestrială prevăzută la art. 3⁸ și art. 12 alin (3).”

2. La articolul 12 alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(4) În limita maximă a sumei prevăzute la alin. (1), negocierea contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat se inițiază pentru medicamentele pentru care deținătorul de autorizație de punere pe piață, direct sau prin reprezentantul său legal, în termen de 60 de zile de la emiterea deciziei de includere condiționată în lista prevăzută la alin. (1) își exprimă intenția de a intra în procesul de negociere pe baza criteriilor de priorizare aplicate în următoarea ordine:

- a) medicamente pentru tratamentul specific al unor afecțiuni pentru care în raportul tehnic care a stat la baza deciziei de includere condiționată a fost identificat, în condițiile ordinului ministrului sănătății prevăzut la art. 243 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, un comparator relevant în lista prevăzută la alin. (1) și care generează sub 3% costuri față de comparator,

- b) medicamente orfane și medicamente pentru tratamentul bolilor rare sau pentru tratamentul specific al unor afecțiuni pentru care, în raportul tehnic care a stat la baza deciziei de includere condiționată nu a fost identificat, în condițiile ordinului ministrului sănătății prevăzut la art. 243 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, un comparator relevant în lista prevăzută la alin. (1),
- c) medicamente pentru tratamentul specific al unor afecțiuni pentru care în raportul tehnic care a stat la baza Deciziei de includere condiționată a fost identificat, în condițiile ordinului ministrului sănătății prevăzut la art. 243 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, un comparator relevant în lista prevăzută la alin. (1) și care generează mai mult de 3% costuri față de comparator.”

3. La articolul 12, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (4¹), cu următorul cuprins:

”(4¹) Pentru medicamentele incluse condiționat în lista de medicamente aprobată, potrivit legii, prin hotărâre a Guvernului, în limita maximă a sumei prevăzute la alin. (1), procesele de negociere pentru încheierea contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat se derulează prioritar.”

ART. III – Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1077 din 8 noiembrie 2022, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La Anexă, la pct. I. ”Obiective generale” lit.A ”Prevenția” pct. 2. ”Realizarea unei rețele interconectate la nivel național și sistemele de conectare în rețea ale UE”, coloana ”Perioada de implementare” aferentă măsurii c) ”Permiterea schimbului și recunoașterii între statele membre a prescripțiilor electronice și a rezumatului dosarului pacientului” de la Obiectivul 2. ”Integrarea centrelor naționale de cancer în rețelele europene” se modifică și va avea următorul cuprins:

”2023 – 2026”.

2. La Anexă, la pct. I. ”Obiective generale” lit.B ”Diagnosticarea” pct. 4. ”Realizarea unui registru național de cancer funcțional, cu subregistre pentru toate localizările, precum și implementarea dosarului electronic al pacientului, în acord cu spațiul european de date medicale”, coloana ”Perioada de implementare” aferentă măsurilor a) ”Realizarea unui audit tehnic cu privire la statutul DES” și b) ”Analiza nevoii de componente hardware și software pentru ca DES să devină funcțional în conformitate cu cerințele europene” de la Obiectivul 3. ”Operaționalizarea dosarului electronic de sănătate (DES), în acord cu specificațiile Comisiei Europene din spațiul european de date pentru sănătate” se modifică și va avea următorul cuprins:

”2023 – 2026”.

3. La Anexă, la pct. I. ”Obiective generale” lit.C ”Tratamentul”, după pct. 4 ”Medicina personalizată” se introduce un nou punct, pct. 5 ”Servicii de radioterapie”, cu următorul cuprins:

”5. Servicii de radioterapie

Stadiul actual	Obiective	Măsuri	Perioada de implementare	Responsabili
În prezent asigurarea serviciilor de radioterapie, respectiv radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj, radioterapie cu	Toate tipurile de servicii de radioterapie acordate bolnavilor cu afecțiuni oncologice,	1.Stabilirea criteriilor de selecție a cazurilor care vor beneficia de un anumit tip serviciu de radioterapie	2024	Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate”

accelerator liniar 2D, radioterapie cu accelerator liniar 3D, radioterapie cu modularea intensității, brahiterapie, radioterapie stereotactică, iradierea corporală totală sau derivate a bolnavilor cu afecțiuni oncologice se realizează prin Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie. Finanțarea serviciilor de radioterapie acordate pacienților oncologici în cadrul acestui subprogram este asigurată din bugetul FNUASS. Radioterapie stereotactică, iradierea corporală totală sau derivate și brahiterapia pentru leziunile prostatice și determinările secundare ale cancerului de prostată sunt singurele servicii de radioterapie prevăzute în curprinsul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România.	indiferent de localizarea tumorală, prin Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice sunt parte componentă a Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România.	decontat prin Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice. 2. Decontarea la nivelul realizat a serviciilor de radioterapie prevăzute în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România. 3. Actualizarea tarifelor pentru fiecare tip de serviciu de radioterapie decontat prin Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice.		
--	--	--	--	--

4. La Anexă, la pct. I. "Obiective generale" lit.D "Îngrijirea" pct. 1 "Paliția" coloana "Măsuri", litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:
"a) Implementarea Programului național de îngrijiri paliative în unități de specialitate cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu în scopul acordării serviciilor de îngrijiri paliative de bază și specializate la domiciliu, a serviciilor de îngrijiri paliative specializate în ambulatoriu, a procedurilor în scop paliativ și a îngrijirilor paliative în regim de spitalizare de zi."
5. La Anexă, la pct. I. "Obiective generale" lit.D "Îngrijirea" pct. 1 "Paliția" coloana "Măsuri", litera b) se abrogă.
6. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit.A "Localizarea colorectală" "Obiectivul 6 – Centre acreditate pentru abordul minim invaziv, rezecții complexe, tratamentul carcinomatozei peritoneale, metastazelor hepatice, pulmonare și extrahepatice", la coloana "Responsabili" sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se elimină.
7. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit.B "Localizare sân" "Obiectivul 5 – Centre acreditate pentru diagnosticul și tratamentul cancerului de sân", la coloana "Responsabili" sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se înlocuiește cu sintagma "Ministerul Sănătății".
8. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit.C "Localizarea col uterin" "Obiectivul 4 – Centre acreditate pentru abordul minim invaziv", la coloana "Responsabili" sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se elimină.
9. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit.D "Localizarea Bronhopulmonară" "Obiectivul 6 – Centre acreditate pentru pentru tratamentul integrat, abordul minim invaziv, rezecții complexe etc.", la coloana "Responsabili" sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se înlocuiește cu sintagma "Ministerul Sănătății".
10. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit.E "Localizare prostată" "Obiectivul 6 – Centre acreditate pentru tratamentul cancerului de prostată", la coloana "Responsabili" sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se înlocuiește cu sintagma "Ministerul Sănătății".
11. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit.F "Cancerle hematologice" "Obiectivul 1 – Centre regionale de diagnostic și tratament al leucemiilor acute pentru adulți și copii", la coloana "Responsabili" sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se înlocuiește cu sintagma "Ministerul Sănătății".
12. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit. G "Cancerle pediatrice" "Obiectivul 3 – Radioterapia cancerelor pediatrice", perioada de implementare aferentă Obiectivului 1 - Înființarea unui centru de radioterapie cu protoni, cu asigurarea accesului gratuit pentru cazurile pediatrice eligibile se modifică și va avea următorul cuprins:
"2023 – 2028".
13. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit. G "Cancerle pediatrice" "Obiectivul 4 - Acces continuu și adecvat la medicația oncologică pediatrică prevăzută de protocoalele terapeutice actuale", sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se elimină din coloana "Responsabili" aferentă măsurilor de la litererele c) și d).
14. La Anexă, la pct. II. "Obiective specifice" lit. G "Cancerle pediatrice" "Obiectivul 5 - Dezvoltarea de servicii de oncohematologie pediatrică integrate multidisciplinar pentru toate etapele parcursului clinic, prin aplicații inovative ale tehnologiei informației", sintagma "Casa Națională de Asigurări de Sănătate" se elimină din coloana "Responsabili" aferentă măsurilor de la literele b), d) și g) - i).

ART. IV – La articolul 4 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2024 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, publicată în Monitorul Oficial

al României, Partea I, nr. 616 din 29 iunie 2024, după alineatul (6) se introduce un nou alineat, alin. (6¹), cu următorul cuprins:

”(6¹) Prin excepție de la prevederile alin. (6), în situația producerii unor întreruperi în funcționarea aplicației informatice pusă la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale, materialele sanitare, medicamentele și dispozitivele medicale, altele decât cele prevăzute la art. 2 alin. (2) lit. b), se acordă de către furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pe baza documentelor de identitate și de protecție temporară. Modalitatea de decontare a activității desfășurate de furnizori în perioada de indisponibilitate a aplicației informatice se stabilește până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.”

ART. V – La articolul 25 alineatul (2) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 157 din 6 martie 2007, se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și are în vedere totalitatea cheltuielilor curente anuale ale căminului pentru persoane vârstnice, diminuate cu sumele primite din Fondul național unic de asigurări de sănătate, pentru finanțarea serviciilor medicale și medicamentelor acordate în condițiile art. 137 din Legea asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările și completările ulterioare și în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.”

ART. VI – Articolul 7 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.074 din 29 noiembrie 2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și va avea următorul cuprins:

”ART. 7

Stagiul minim de asigurare pentru acordarea drepturilor prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) - d¹) este de 6 luni realizate în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical, în condițiile prevăzute în normele de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență.”

ART. VII – La articolul IX 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 14 aprilie 2022, cu modificările și completările ulterioare, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.”

ART. VIII – Legea 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 568 din 28 iunie 2004, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. La articolul 2 alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

” (2) Pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, cabinetele de medicină de familie pot angaja medici de medicină de familie, precum și asistenți medicali care își exercită profesia în baza certificatului de membru eliberat de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali, avizat anual, în limita fondurilor contractate cu casele de asigurări de sănătate cu această destinație.”

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

”(1) Continuitatea asistenței medicale primare este asigurată prin centrele de permanență de medici de medicină de familie și de asistenți medicali care își exercită profesia în baza certificatului de membru eliberat de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și asistenților Medicali, avizat anual.”

ART. IX - Termenul prevăzut la art. 230 alin. (2⁶) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se prorogă până la împlinirea termenului de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2027.

ART. X - Termenul prevăzut la art. 386 alin. (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se prorogă până la împlinirea termenului de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2027.

ART. XI - Dispozițiile art. 12 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum acestea au fost modificate prin prezenta ordonanță de urgență, se aplică și pentru medicamentele care au obținut decizie de includere condiționată 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, pentru care nu s-a inițiat procesul de negociere în vederea încheierii contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

ART. XII - Începând cu data implementării Programului național de îngrijiri paliative în unități cu paturi, la domiciliu și în ambulatoriu, potrivit prezentei ordonanțe de urgență, bolnavii pot beneficia de servicii de îngrijiri paliative acordate din cadrul pachetului de servicii de bază, dacă nu beneficiază de astfel de servicii de îngrijiri paliative acordate în cadrul programului.

PRIM-MINISTRU
Ion - Marcel CIOLACU