**HOTARÂRE**

**pentru modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate**

În temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată,

**Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.**

**Art. I**

Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 305 din 30 martie 2022, cu modificările şi completările ulterioare, se modifică şi se completează după cum urmează:

1. **La articolul 1, alineatul (1), litera g) se abrogă.**
2. **La articolul 1, alineatul (2), după litera p) se introduce o nouă literă, lit. q), cu următorul cuprins:**

„q) Programul naţional de îngrijiri paliative.”

1. **La articolul 3, alineatul (2), după litera d) se introduc două noi litere, lit. e) şi f), cu următorul cuprins:**

„e) cabinete de medicină de familie, inclusiv cabinete medicale care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, care desfăşoară activităţi de îngrijiri paliative de bază, definite prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative;

f) furnizori privaţi de servicii de îngrijiri paliative specializate pentru serviciile de îngrijiri paliative specializate, care excedează capacităţii furnizorilor publici de servicii medicale care acordă şi servicii de îngrijiri paliative specializate.”

1. **La articolul 4, după alineatul (6) se introduce un nou alineat, alin. (7) cu următorul cuprins:**

(7) Prin excepţie de la prevederile alin. (4), pentru implementarea Programului naţional de îngrijiri paliative, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privaţi de servicii de îngrijiri paliative care sunt autorizaţi şi evaluaţi sau autorizaţi şi fac dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, după caz.

1. **La articolul 5, alineatul (5) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(5) Direcţiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate pot stabili, prin act administrativ al conducătorului instituţiei, şi alte termene de contractare decât cele prevăzute la alin. (3), în funcţie de necesarul de servicii medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea, după caz, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate pentru implementarea fiecărui program naţional de sănătate.”

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

„(1) Creditele de angajament şi bugetare alocate pentru implementarea programelor naţionale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale instituţiilor publice sau furnizorilor publici de servicii medicale sau servicii conexe sau servicii de îngrijiri paliative, după caz, respectiv în veniturile furnizorilor privaţi de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale şi altele asemenea, servicii medicale sau servicii conexe sau servicii de îngrijiri paliative, după caz.”

1. **La articolul 8, alineatele (4) şi (5) se modifică şi vor avea următorul cuprins:**

„(4) Sumele aprobate pentru decontarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altora asemenea, precum şi a serviciilor medicale, serviciilor conexe şi serviciilor de îngrijiri paliative acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate, însoţite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor de specialitate aflate în relaţie contractuală pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altora asemenea, precum şi a serviciilor medicale, serviciilor conexe şi serviciilor de îngrijiri paliative acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative, certificate pentru realitatea, regularitatea şi legalitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai unităţilor de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate curative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.”

1. **La articolul 8, alineatul (6), după litera f) se introduce o nouă literă, lit. g), cu următorul cuprins:**

„g) tarifului per serviciu de îngrijiri paliative prevăzut în normele tehnice.”

1. **La articolul 8, după alineatul (6), se introduce un nou alineat, alin. (7), cu următorul cuprins:**

„(7) Serviciile medicale acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative şi decontate potrivit alin. (6) lit. a) sunt următoarele:

a) servicii pentru diagnosticul şi monitorizarea afecțiunilor hematologice maligne;

b) servicii de radioterapie;

c) servicii de testare genetică pentru tumori solide maligne;

e) servicii de dozare a hemoglobinei glicozilate HbA1c la bolnavii cu diabet zaharat;

f) servicii de dializă;

g) servicii de Gamma-Knife;

h) servicii de PET-CT.

1. **La articolul 9, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(2) Decontarea pentru programele naţionale de sănătate curative se efectuează de către casele de asigurări de sănătate, în ordine cronologică, în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinaţie, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data transmiterii facturii electronice, cu excepţia serviciilor din structura programelor naţionale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data transmiterii facturii electronice.”

1. **La articolul 10, alineatele (1) şi (2) se modifică şi vor avea următorul cuprins:**

„(1) Instituţiile publice şi furnizorii publici de servicii medicale, servicii conexe sau servicii de îngrijiri paliative care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal al beneficiarilor programului, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), după caz.

(2) Furnizorii privaţi de servicii medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, precum şi furnizorii privaţi de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program naţional de sănătate, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679, a beneficiarilor programului, după caz.”

1. **La articolul 12, alineatul (3) se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(3) Cheltuielile realizate în luna decembrie a anului precedent, peste limita maximă în cadrul căreia s-au încheiat angajamente legale, şi nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea utilizate în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi pentru serviciile medicale din structura programelor naţionale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, serviciile conexe şi serviciile de îngrijiri paliative, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.”

1. **La articolul 13, alineatele (1)şi (2) se modifică şi vor avea următorul cuprins:**

(1) Serviciile medicale din structura programelor naţionale de sănătate curative decontate din bugetul acestora pe bază de tarif, serviciile conexe, serviciile de îngrijiri paliative inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi a altor asemenea în cadrul unităţilor de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate curative validate şi decontate din bugetul alocat cu această destinaţie, se pot acorda concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală spitalicească.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), dacă bolnavul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor asigurate în cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ.”

1. **La articolul 16, alineatul (3), literele a), b), f), g), i) şi j) se modifică şi vor avea următorul cuprins:**

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi sau cu furnizorii autorizaţi şi acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, după caz, şi care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, precum şi cu furnizori de servicii conexe, furnizori de servicii de îngrijiri paliative, furnizori de servicii de dializă, respectiv furnizori de servicii de radioterapie şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina de internet proprie şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii electronice şi a documentelor justificative transmise în format electronic, asumate prin semnătura electronică avansată sau calificată a reprezentantului legal al furnizorului, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe şi a serviciilor de îngrijiri paliative contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate, precum şi contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altor asemenea eliberate, în limita valorii de contract;

.........................................................

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, investigaţii paraclinice, medicamente, materiale sanitare şi altele asemenea, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe şi a serviciilor de îngrijiri paliative, medicamentelor, materialelor sanitare şi altele asemenea sau investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de acestea, în situaţia în care furnizorul nu deţine documente justificative din care să reiasă efectuarea serviciilor medicale/ serviciilor conexe/ serviciilor de îngrijiri paliative/ investigaţiilor paraclinice, respectiv administrarea medicamentelor, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;

...........................................................

i) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, serviciile conexe, serviciile de îngrijiri paliative, medicamentele, materialele sanitare specifice şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru bolnavii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare şi altele asemenea acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, serviciilor conexe şi a serviciilor de îngrijiri paliative, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altele asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi al Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi bolnavilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;”

1. **La articolul 16, alineatul (7), se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„(7) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi casele de asigurări de sănătate organizează şi efectuează controlul furnizării serviciilor medicale, serviciilor conexe, serviciilor de îngrijiri paliative, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altele asemenea acordate în cardul programelor naţionale de sănătate curative.”

1. **Articolul 25 se modifică şi va avea următorul cuprins:**

**„**ART. 25

(1) În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe pagina de internet proprie, serviciile medicale, servicii conexe, servicii de îngrijiri paliative, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naţionale de sănătate curative se acordă în regim offline. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale, de furnizorii de servicii conexe, precum şi furnizorii de servicii de îngrijiri paliative care derulează programe naţionale de sănătate curative, a serviciilor acordate în regim offline pe perioada întreruperii funcţionării PIAS şi a serviciilor acordate offline anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract. (2) Termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de servicii medicale, furnizorii de servicii conexe sau furnizorii de servicii de îngrijiri paliative, după caz, care derulează programe naţionale de sănătate curative şi casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcţionării PIAS în perioada de raportare a serviciilor.”

1. **Articolul 27 se modifică şi va avea următorul cuprins:**

„ART. 27

Serviciile medicale, serviciile conexe, serviciile de îngrijiri paliative, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi altele asemenea acordate sau, după caz, eliberate offline în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcţionării sistemului naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

1. **În anexa nr. 1, la secţiunea A "Programe naționale de sănătate publică finanțate din bugetul Ministerului Sănătății", punctul VII. "Programul naţional de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătăţii publice" se abrogă.**
2. **În anexa nr. 1, la secţiunea A, punctul VIII. "Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică"** **se modifică și va avea următorul cuprins:**

**"VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică**

**Obiective:**

a) realizarea activităţilor de terapie ocupaţională în vederea favorizării măsurilor de reinserţie socială şi profesională a persoanelor cu tulburări de sănătate mintală;

b) asigurarea accesului persoanelor la testarea rapidă a prezenței metaboliților de substanțe psihotrope, psihoactive, narcotice sau stupefiante în urină în vederea identificării precoce a consumului de droguri;

c) asigurarea accesului copiilor cu vârsta sub 18 ani la testare psihologică pentru evaluarea dezvoltării cognitive, emoționale și comportamentale în vederea acordării îngrijirilor medicale preventive adecvate."

**20. În anexa nr. 1, la secţiunea A, punctul IX. "Programul național de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană", se modifică și va avea următorul cuprins:**

**"IX. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană**

    Obiective:

a) creşterea numărului de donatori vii, de donatori aflaţi în moarte cerebrală, precum şi de donatori fără activitate cardiacă;

b) creşterea accesului bolnavilor cu indicaţie pentru transplant la proceduri de transplant de organe, ţesuturi şi/sau celule de origine umană şi la evaluarea periodică posttransplant;

c) dezvoltarea şi gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care şi-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;

    Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;
2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînrudiţi.

**21. În anexa nr. 1, la secţiunea B "Programe naţionale de sănătate curative finanţate din bugetul fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate", după punctul XVI se introduce un nou punct, pct. XVII, cu următorul cuprins:**

**„XVII. Programul naţional de îngrijiri paliative**

Obiectiv: Îmbunătăţirea calităţii vieţii la bolnavii cu boli cronice progresive în stadii avansate şi în stadii terminale

Structură:

1. Subprogramul de îngrijiri paliative la domiciliu
2. Subprogramul de îngrijiri paliative în ambulatoriu
3. Subprogramul de îngrijiri paliative în regim de spitalizare de zi
4. Subprogramul de îngrijiri paliative acordate de echipe interdisciplinare de îngrijiri paliative în unităţile sanitare cu paturi care nu au în structură paturi de spitalizare de zi sau secţii/compartiment de îngrijiri paliative”

**22. În anexa 2, la articolul 19, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (4^1), cu următorul cuprins:**

„(4^1) Condiţiile prevăzute la alin. (4) sunt aplicabile şi în cazul în care, în urma reorganizării unui furnizor de servicii medicale de dializă aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parţial al activităţii medicale, rezultă o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care a preluat ca unică activitate, activitatea transferată.”

**23. În anexa nr. 2 la articolul 25, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unor furnizori de servicii de radioterapie, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare. Condiţiile prevăzute anterior sunt aplicabile şi situaţiilor în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unui furnizor/unor furnizori de servicii de radioterapie, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală preluată.”

**24. La anexa nr. 2,** **după capitolul VI se introduce un nou capitol, cap. VII, cu următorul cuprins:**

**„CAPITOLUL VII**

**Unităţi de specialitate pentru furnizarea de servicii de îngrijiri paliative**

**SECŢIUNEA 1**

**Obligaţiile unităţilor de specialitate pentru furnizarea de servicii de îngrijiri paliative**

ART. 33

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile de specialitate pentru furnizarea de servicii de îngrijiri paliative au următoarele obligaţii:

1. să furnizeze bolnavilor asiguraţi, cuprinşi în program, servicii de îngrijiri paliative şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de acordare a acestui tip de serviciu, potrivit prevederilor legale în vigoare;
2. să utilizeze fondurile primite, potrivit destinaţiei acestora;
3. să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unităţile de specialitate vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul programului;
4. să întocmească şi să transmită casei de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au efectuat serviciile, factura electronică şi declaraţiile de servicii lunare în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică avansată sau calificată a reprezentantului legal al furnizorului, în vederea validării şi decontării contravalorii serviciilor de îngrijiri paliative acordate în limita sumei prevăzute în contract;
5. să întocmească evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de îngrijiri paliative în cadrul programului, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific, servicii efectuate;
6. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
7. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
8. să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;
9. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;
10. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta devine operaţional în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor de îngrijiri paliative contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciilor de îngrijiri paliative şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
11. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică a asigurărilor de sănătate, caz în care unităţile de specialitate sunt obligate să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
12. să solicite cardul naţional de asigurări sociale de sănătate/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de îngrijiri paliative. Serviciile de îngrijiri paliative acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
13. să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor de îngrijiri paliative acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile de îngrijiri paliative înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării acestora pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de îngrijiri paliative şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile de îngrijiri paliative acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;
14. să transmită în platforma informatică a asigurărilor de sănătate serviciile de îngrijiri paliative, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. m), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor de îngrijiri paliative acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor de îngrijiri paliative acordate se face prin semnătură electronică avansată sau calificată a reprezentantului legal al furnizorului potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile de îngrijiri paliative nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
15. să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile de îngrijiri paliative efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programului naţional de sănătate curativ;
16. să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru serviciile de îngrijiri paliative care se asigură în cadrul programului naţional de sănătate curativ şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri paliative, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;
17. să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;
18. să completeze/să transmită datele bolnavului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;
19. să asigure acordarea de serviciile de îngrijiri paliative necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ş) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile de îngrijiri paliative, asigurate potrivit prevederilor lit. s) şi decontate din bugetul FNUASS;

1. să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală serviciile de îngrijiri paliative prevăzute la lit. s) însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciu, de documentele justificative/documentele însoţitoare;

ţ) să funcţioneze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului şi să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

1. să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri paliative, conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale bolnavului ca o consecinţă a actului medical propriu. Serviciile de îngrijiri paliative sunt furnizate pe baza recomandării eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriu clinic, medicii din spital la externare, precum şi medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative;
2. să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile bolnavului identificate, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale;
3. să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri paliative furnizate asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;
4. să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situaţia în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea pentru îngrijiri paliative;
5. să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă, conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare; să utilizeze prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia;
6. să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

aa) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ab) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

ac) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ad) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru programul naţional de servicii de îngrijiri paliative sau veniturile realizate în baza contractului, după caz, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora.

**SECŢIUNEA a 2-a**

**Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative**

ART. 34

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de îngrijiri paliative a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 33 lit. b) - h), l), m), r), s) ş), t), ţ), y), z), ab, ad) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri paliative a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 33 lit. i), j), k), q), n), w), x) aa), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile de îngrijiri paliative raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii şi se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 33 lit. p) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 33 lit. ac), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 33 lit. ac) se constată de către casele de asigurări de sănătate, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

(6) Recuperarea sumei, potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii de îngrijiri paliative care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate ,se face prin plată directă sau executare silită în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii de îngrijiri paliative în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii de îngrijiri paliative, aduce la cunoştinţa acestuia faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia 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 acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii de îngrijiri paliative, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei, potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii de îngrijiri paliative care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(8) Nerespectarea de către furnizor a obligaţiei prevăzute la art. 33. lit. o) reprezintă contravenţie, potrivit art. 312, lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi se sancţionează conform art. 313, lit. b) din acelaşi act normativ.

ART. 35

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, de către conducerea casei de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

1. dacă din motive imputabile furnizorul de servicii de îngrijiri paliative nu începe activitatea în termen de cel mult 30 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative;
2. dacă din motive imputabile furnizorului de servicii de îngrijiri paliative acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
3. expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;
4. expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;
5. nerespectarea termenelor de transmitere a facturilor electronice şi a documentelor justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;
6. la a doua constatare că serviciile raportate, conform contractului în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
7. în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 33 lit. a), u) şi v).

(2) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului încheiat conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului, după caz.

ART. 36

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

(i) furnizorul de servicii de îngrijiri paliative îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

(ii) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative, după caz;

(iii) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

(iv) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative încetează odată cu contractul de furnizare de servicii încheiat, conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului, după caz.

(3) În cazul reorganizării furnizorului de servicii de îngrijiri paliative, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parţial al activităţii către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, contractele de furnizare de servicii de îngrijiri paliative încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleaşi condiţii, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente activităţii transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate cu privire la transferul activităţii, cu condiţia ca activitatea preluată să se desfăşoare în aceleaşi condiţii avute în vedere la intrarea în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declaraţii pe propria răspundere a acestuia. Furnizorul are obligaţia de a depune, până la data convenită între furnizor şi casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relaţiei contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligaţii conduce la încetarea relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adiţional încheiat între părţi cu clauză suspensivă.

(4) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unor furnizori de servicii de îngrijiri paliative, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare. Condiţiile prevăzute anterior sunt aplicabile şi situaţiilor în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unui furnizor/unor furnizori de servicii de îngrijiri paliative, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea preluată.

(5) Condiţiile prevăzute la alin. (4) sunt aplicabile şi în cazul în care, în urma reorganizării unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parţial al activităţii, rezultă o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care a preluat ca unică activitate, activitatea transferată.

ART. 37

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) odată cu suspendarea contractului de furnizare de servicii încheiat conform prevederilor contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin hotărâre a Guvernului;

b) în cazurile de forţă majoră, confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative; suspendarea operează până la înlăturarea motivului obiectiv care a determinat imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului;

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii de îngrijiri paliative.

**ART. II**

1. Începând cu data intrării în vigoare a prezentei hotărâri până la data de 31 decembrie 2025, pacienţii pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi în cadrul programelor de sănătate curative, dacă nu beneficiază de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi din pachetul de servicii de bază reglementat la anexa nr. 1 din Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Prezenta hotărâre de guvern intră în vigoare la data de 1 iulie 2025.

**PRIM-MINISTRU**

**Ion-Marcel CIOLACU**