



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 193 (XXXVII) — Nr. 130

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 13 februarie 2025

SUMAR

Nr.

Pagina

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

- 426/2024/115/7.700/2025. — Ordin al ministrului agriculturii și dezvoltării rurale, al ministrului sănătății și al președintelui Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor privind modificarea Ordinului ministrului agriculturii, pădurilor, apelor și mediului, al ministrului sănătății și al președintelui Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor nr. 510/768/319/2003 pentru aprobarea Normelor cu privire la natura, compoziția, fabricarea și etichetarea sucurilor din fructe și ale altor produse similare destinate consumului uman..... 2–7
- 444/84. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 8–16

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL AGRICULTURII
ȘI DEZVOLTĂRII RURALE
Nr. 426 din 21 noiembrie 2024

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 115 din 21 ianuarie 2025

AUTORITATEA NAȚIONALĂ PENTRU
PROTECȚIA CONSUMATORILOR
Nr. 7.700 din 31 ianuarie 2025

ORDIN

**privind modificarea Ordinului ministrului agriculturii, pădurilor, apelor și mediului,
al ministrului sănătății și al președintelui Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor
nr. 510/768/319/2003 pentru aprobarea Normelor cu privire la natura, compoziția, fabricarea
și etichetarea sucurilor din fructe și ale altor produse similare destinate consumului uman**

Văzând Referatul de aprobare nr. 242.426 din data de 7 noiembrie 2024, întocmit de Direcția generală politici în industrie alimentară și comerț,

în temeiul prevederilor:

— art. 9 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 30/2017 privind organizarea și funcționarea Ministerului Agriculturii și Dezvoltării RURale, precum și pentru modificarea art. 6 alin. (6) din Hotărârea Guvernului nr. 1.186/2014 privind organizarea și funcționarea Autorității pentru Administrarea Sistemului Național Antigrindină și de Creștere a Precipitațiilor, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 3 alin. (1) lit. c) și art. 5 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 700/2012 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul agriculturii și dezvoltării rurale, ministrul sănătății și președintele Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor emit următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului agriculturii, pădurilor, apelor și mediului, al ministrului sănătății și al președintelui Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor nr. 510/768/319/2003 pentru aprobarea Normelor cu privire la natura, compoziția, fabricarea și etichetarea sucurilor din fructe și ale altor produse similare destinate consumului uman, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 660 din 17 septembrie 2003, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. Articolul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — Ministerul Agriculturii și Dezvoltării RURale, Ministerul Sănătății și Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor, prin structurile lor centrale și teritoriale, în funcție de atribuțiile conferite de legislația în vigoare aplicabilă, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.”

2. Mențiunea privind transpunerea normelor comunitare se modifică și va avea următorul cuprins:

„★

Prezentul ordin transpune Directiva 2001/112/CE a Consiliului din 20 decembrie 2001 privind sucurile de fructe și anumite produse similare destinate consumului uman, cu modificările aduse prin Directiva (UE) 2024/1.438 a Parlamentului European și a Consiliului din 14 mai 2024 de modificare a Directivei 2001/110/CE a Consiliului privind mierea, a Directivei 2001/112/CE a Consiliului privind sucurile de fructe și anumite produse similare destinate consumului uman, a Directivei 2001/113/CE a Consiliului privind gemurile, jeleurile și marmeladele de fructe și piureul de castane îndulcit destinate alimentației umane și a Directivei 2001/114/CE a Consiliului privind anumite tipuri de lapte conservat, parțial sau integral deshidratat și destinat consumului uman, publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, seria L din 24.05.2024.”

3. În anexă, articolul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 3. — Regulamentul (UE) nr. 1.169/2011 al Parlamentului European și al Consiliului din 25 octombrie 2011 privind informarea consumatorilor cu privire la produsele alimentare, de modificare a Regulamentelor (CE) nr. 1.924/2006 și (CE) nr. 1.925/2006 ale Parlamentului European și ale Consiliului și de abrogare a Directivei 87/250/CEE a Comisiei, a Directivei 90/496/CEE a Consiliului, a Directivei 1999/10/CE a Comisiei, a Directivei 2000/13/CE a Parlamentului European și a Consiliului, a Directivelor 2002/67/CE și 2008/5/CE ale Comisiei și a Regulamentului (CE) nr. 608/2004 al Comisiei, se aplică în cazul produselor definite în anexa nr. 1, în următoarele condiții:

1.a) Denumirile produselor din anexa nr. 1 se aplică doar în cazul produselor menționate în prezenta anexă și se vor utiliza în cazul comercializării acestora, fără a se aduce atingere lit. b), pentru a le desemna.

b) Ca o alternativă la denumirea produselor menționată la lit. a), anexa nr. 3 stabilește o listă de denumiri speciale. Atunci când un operator folosește denumirile enumerate în anexa nr. 3 pct. I, ele pot fi utilizate în limba și în condițiile prevăzute în aceasta. În ceea ce privește denumirile enumerate în anexa nr. 3 pct. II, statele membre în care produsul este introdus pe piață pot prevedea ca denumirile respective să fie utilizate în una sau mai multe dintre limbile oficiale ale Uniunii.

2.a) În cazul în care produsul este extras dintr-o singură specie de fructe, denumirea acestei specii înlocuiește cuvântul «fruct».

b) În cazul produselor obținute din două sau mai multe tipuri de fructe, cu excepția cazului în care se utilizează suc de lămâie și/sau suc de lămâie verde, în conformitate cu condițiile stabilite în anexa nr. 1 partea II pct. 2, denumirea produselor este alcătuită dintr-o listă a fructelor utilizate, enumerate în ordine

descrescătoare în funcție de volumele de suc de fructe sau de piure incluse, astfel cum se menționează în lista ingredientelor. În cazul produselor obținute însă din trei sau mai multe tipuri de fructe, indicarea fructelor utilizate poate fi înlocuită fie cu cuvintele «diverse fructe» sau cu un text similar, fie cu numărul tipurilor de fructe utilizate.

c) În cazul produselor obținute din trei sau mai multe specii de fructe, indicarea fructelor utilizate poate fi înlocuită de cuvintele „diferite fructe”, de un text similar sau de numărul speciilor de fructe utilizate.

3. Mențiunea «sucurile de fructe conțin numai zaharuri prezente în mod natural» poate apărea pe etichetă în același câmp vizual cu denumirea produselor menționate în anexa nr. 1 partea I pct. 1.

4.a) Reconstituirea produselor definite în anexa nr. 1 partea I pct. 1, în starea lor originală, cu ajutorul componentelor strict necesare pentru această operațiune, nu atrage după sine obligația de a include în etichetă lista ingredientelor utilizate în acest scop.

b) Adaosul de pulpă sau miez de fruct la suc de fructe, conform anexei nr. 2, se menționează pe etichetă.

5. Fără a aduce atingere articolului 22 din Regulamentul (UE) nr. 1.169/2011, pentru amestecuri de suc de fructe obținute din concentrat sau pentru suc de fructe cu zaharuri reduse obținut din concentrat cu suc de fructe sau cu suc de fructe cu zaharuri reduse, precum și pentru nectarul de fructe obținut integral sau parțial din unul sau mai multe produse concentrate, eticheta include cuvintele «obținut din concentrat (e)» sau «obținut parțial din concentrat (e)», după caz. Această informație figurează în proximitatea denumirii produsului, putând fi ușor identificată pe orice fond și având caractere foarte vizibile.

6. În cazul nectarului de fructe obținut atât din suc dintr-o specie de fructe (limite menționate individual în anexa nr. 4), cât și din amestecuri de suc de fructe, etichetarea trebuie să

cuprindă conținutul minim de suc (uri) de fructe, piure de fructe sau orice alt amestec al acestor ingrediente, prin mențiunea «conținut de fructe: minimum ...%». Această informație se găsește în același câmp vizual cu denumirea produsului.”

4. În anexă, articolul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 5. — Numai tratamentele și substanțele enumerate în anexa nr. 1 partea II și materiile prime care sunt conforme cu anexa nr. 2 pot fi utilizate la fabricarea produselor definite în anexa nr. 1 partea I. În plus, nectarurile de fructe trebuie să respecte anexa nr. 4.”

5. În anexă, la articolul 5¹, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 5¹. — (1) Produsele care sunt introduse pe piață sau etichetate înainte de 14 iunie 2026, în conformitate cu Directiva 2001/112/CE a Consiliului din 20 decembrie 2001 privind sucurile de fructe și anumite produse similare destinate consumului uman, cu modificările aduse prin Directiva (UE) 2024/1.438 a Parlamentului European și a Consiliului din 14 mai 2024 de modificare a Directivei 2001/110/CE a Consiliului privind mierea, a Directivei 2001/112/CE a Consiliului privind sucurile de fructe și anumite produse similare destinate consumului uman, a Directivei 2001/113/CE a Consiliului privind gemurile, jeleurile și marmeladele de fructe și piureul de castane îndulcit destinate alimentației umane și a Directivei 2001/114/CE a Consiliului privind anumite tipuri de lapte conservat, parțial sau integral deshidratat și destinat consumului uman, pot fi comercializate în continuare până la epuizarea stocurilor.”

6. În anexă, anexele nr. 1 și 3-5 se modifică și se înlocuiesc cu anexele nr. 1-4 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data de 14 iunie 2026.

p. Ministrul agriculturii
și dezvoltării rurale,
Violeta Mușat,
secretar de stat

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

p. Președintele Autorității Naționale
pentru Protecția Consumatorilor,
Sebastian Ioan Hotca

ANEXA Nr. 1
(Anexa nr. 1 la norme)

DENUMIRILE PRODUSELOR, DEFINIȚII ȘI CARACTERISTICI

PARTEA I

Definiții

1.a) *Suc de fructe* — produsul fermentabil, dar nefermentat, obținut din partea comestibilă a fructelor sănătoase și coapte, proaspete sau conservate prin refrigerare sau congelare, din una sau mai multe varietăți amestecate, care are culoarea, aroma și gustul caracteristice sucului fructului din care provine.

Aroma, pulpa și celulele obținute prin mijloace fizice adecvate din aceeași specie de fructe pot fi restituite sucului.

În cazul citricelor, suc de fructe trebuie să fie extras din endocarp. Sucul de lămâie verde poate fi obținut totuși din întregul fruct.

În cazul sucurilor care sunt obținute din fructe cu sămburi, semințe și coajă, părțile sau componentele sămburilor, semințelor și cojilor nu sunt încorporate în suc. Această dispoziție nu se aplică în cazul în care părți sau componente ale sămburilor, semințelor și cojilor nu pot fi îndepărtate utilizând bunele practici de fabricație.

La producerea sucului de fructe este autorizat amestecul de suc de fructe cu piure de fructe.

b) *Suc de fructe obținut din concentrat* — produsul obținut prin reconstituirea sucului de fructe concentrat, astfel cum este definit la pct. 2, cu apă potabilă care îndeplinește criteriile stabilite în Directiva (UE) 2020/2.184 a Parlamentului European și a Consiliului din 16 decembrie 2020 privind calitatea apei destinate consumului uman.

Conținutul de substanță uscată solubilă din produsul finit trebuie să respecte valorile Brix minime pentru suc reconstituit, specificate în anexa nr. 5 la norme.

Dacă suc de fructe obținut din concentrat este produs dintr-un fruct nementionat în anexa nr. 5 la norme, valoarea Brix minimă a sucului reconstituit este valoarea Brix a sucului extras din fructul utilizat la producerea concentratului.

Aroma, pulpa și celulele obținute prin mijloace fizice adecvate din aceeași specie de fructe pot fi restituite sucului de fructe obținut din concentrat.

Sucul de fructe obținut din concentrat trebuie să fie preparat prin procedee adecvate, prin care să se păstreze caracteristicile fizice, chimice, organoleptice și nutriționale esențiale ale unui tip mediu de suc din fructele respective.

La producerea sucului de fructe obținut din concentrat este autorizat amestecul de suc de fructe și/sau de suc de fructe concentrat cu piure de fructe și/sau cu piure de fructe concentrat.

2. *Suc de fructe concentrat* — produsul obținut din suc de fructe din una sau mai multe specii de fructe prin îndepărtarea fizică a unei anumite părți din conținutul de apă. În cazul în care produsul este destinat consumului direct, partea îndepărtată este de minimum 50% din conținutul de apă.

Aroma, pulpa și celulele obținute prin mijloace fizice adecvate din aceeași specie de fructe pot fi restituite sucului de fructe concentrat.

3. *Suc de fructe extras cu apă* — produsul obținut prin difuzia în apă:

— a fructului cu pulpă întreg, al cărui suc nu poate fi extras prin mijloace fizice; sau

— a fructului întreg deshidratat.

4. *Suc de fructe deshidratat/sub formă de praf* — produsul obținut din suc de fructe din una sau mai multe specii de fructe prin îndepărtarea fizică a cvasitotalității conținutului de apă.

5. *Nectar de fructe* — produsul fermentabil, dar nefermentat, care:

— se obține prin adăugarea de apă, cu sau fără adaosul de zaharuri și/sau de miere, la produsele definite la pct. 1-4, la piureul de fructe și/sau la piureul de fructe concentrat și/sau la un amestec din aceste produse; și

— îndeplinește cerințele din anexa nr. 4 la norme.

Fără a aduce atingere Regulamentului (CE) nr. 1.924/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 20 decembrie 2006 privind mențiunile nutriționale și de sănătate înscrise pe produsele alimentare, în cazul nectarurilor de fructe produse fără adaos de zaharuri sau cu o valoare energetică redusă, zaharurile pot fi înlocuite total sau parțial cu îndulcitori, în conformitate cu Regulamentul (CE) nr. 1.333/2008.

Aroma, pulpa și celulele obținute prin mijloace fizice adecvate din aceeași specie de fructe pot fi restituite nectarului de fructe.

6.a) *Suc de fructe cu zaharuri reduse* — produsul obținut din suc de fructe, astfel cum este definit la pct. 1 lit. a) în cazul căruia conținutul de zaharuri prezente în mod natural a fost redus cu cel puțin 30% prin utilizarea unui procedeu autorizat în condițiile stabilite la pct. 3 din partea II, care menține toate celelalte caracteristici fizice, chimice, organoleptice și nutriționale esențiale ale unui tip mediu de suc din fructele respective.

Sucul de fructe cu zaharuri reduse poate fi obținut prin amestecarea sucului de fructe cu zaharuri reduse cu suc de fructe, cu piure de fructe sau cu ambele.

b) *Suc de fructe cu zaharuri reduse obținut din concentrat*

— produsul obținut din suc de fructe obținut din concentrat, astfel cum este definit la pct. 1 lit. b), în cazul căruia conținutul de zaharuri prezente în mod natural a fost redus cu cel puțin 30% prin utilizarea unui procedeu autorizat în condițiile stabilite la pct. 3 din partea II, care menține toate celelalte caracteristici fizice, chimice, organoleptice și nutriționale esențiale ale unui tip mediu de suc din fructele respective, sau produsul a fost obținut prin reconstituirea sucului de fructe cu zaharuri reduse obținut din concentrat, astfel cum este definit la pct. 7, cu apă potabilă care îndeplinește criteriile stabilite în Directiva (UE) 2020/2.184.

Sucul de fructe cu zaharuri reduse obținut din concentrat poate fi obținut prin amestecarea sucului de fructe cu zaharuri reduse obținut din concentrat cu unul sau mai multe din următoarele produse: suc de fructe, suc de fructe obținut din concentrat, suc de fructe cu zaharuri reduse, piure de fructe concentrat și piure de fructe.

7. *Suc concentrat de fructe cu zaharuri reduse* — produsul obținut din suc de fructe concentrat, în sensul definiției de la pct. 2, în cazul căruia conținutul de zaharuri prezente în mod natural a fost redus cu de cel puțin 30% prin utilizarea unui procedeu autorizat în condițiile stabilite la pct. 3 din partea II, care menține toate celelalte caracteristici fizice, chimice, organoleptice și nutriționale esențiale pentru un tip mediu de produs, sau produsul obținut din suc de fructe cu zaharuri reduse, în sensul definiției de la pct. 6 lit. a), prin îndepărtarea fizică a unei anumite părți din conținutul de apă. În cazul în care produsul este destinat consumului direct, partea îndepărtată este de minimum 50% din conținutul de apă.

PARTEA II

Ingrediente, tratamente și substanțe autorizate

1. Compoziție

La prepararea sucurilor de fructe, a piureurilor de fructe și a nectarurilor de fructe, care poartă denumirea de produs a fructului respectiv sau denumirea comună a produsului, se utilizează speciile corespunzătoare denumirilor botanice enumerate în anexa nr. 5 la norme. În cazul speciilor de fructe neincluse în anexa nr. 5 la norme, se utilizează denumirea botanică sau denumirea comună corectă.

Valoarea Brix a sucului de fructe este cea a sucului care se extrage din fruct și nu poate fi modificată, cu excepția cazului în care se amestecă sucuri de fructe din aceeași specie.

Valorile Brix minime stabilite în anexa nr. 5 la norme pentru suc de fructe reconstituit și piureul de fructe reconstituit nu țin seama de conținutul de substanță uscată solubilă al ingredientelor și aditivilor opționali încorporați.

2. Ingrediente autorizate

Doar ingredientele ce urmează pot fi adăugate la produsele menționate în partea I:

— vitaminele și mineralele autorizate de Regulamentul (CE) nr. 1.925/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 20 decembrie 2006 privind adaosul de vitamine și minerale, precum și de anumite substanțe de alt tip în produsele alimentare;

— aditivii alimentari autorizați în conformitate cu Regulamentul (CE) nr. 1.333/2008; cu toate acestea, îndulcitorii nu sunt autorizați în fabricarea produselor enumerate în partea I din prezenta anexă, cu excepția nectarurilor de fructe;

și în plus:

— în cazul sucului de fructe, al sucurilor de fructe obținute din concentrat, al sucurilor de fructe concentrate, al sucului de fructe cu zaharuri reduse, al sucurilor de fructe cu zaharuri reduse obținute din concentrat și al sucurilor concentrate de fructe cu zaharuri reduse: aroma, pulpa și celulele restituite;

— în cazul sucului de struguri: sărurile restituite ale acizilor tartarici;

— în cazul nectarurilor de fructe: aroma, pulpa și celulele restituite; zaharuri și/sau miere până la 20% din masa totală a produselor finite menționate în pct. I al anexei nr. 4 la norme, 15% din masa totală a produselor finite menționate în pct. II al anexei nr. 4 la norme și 10% din masa totală a produselor finite menționate în pct. III al anexei nr. 4 la norme; și/sau îndulcitori.

Mențiunea conform căreia nu s-au adăugat zaharuri la nectarul de fructe sau orice altă mențiune care i-ar putea da de înțeles acest lucru consumatorului poate fi introdusă doar în cazurile în care produsul nu conține niciun adaos de mono- sau dizaharide sau orice alt aliment folosit pentru îndulcire, inclusiv îndulcitori, astfel cum prevede Regulamentul (CE) nr. 1.333/2008. În cazul în care se face o astfel de mențiune, pe etichetă trebuie să figureze, de asemenea, următoarea mențiune: „conține zaharuri prezente în mod natural.”;

— în cazul produselor menționate în anexa nr. 3 la norme la pct. I lit. a), lit. b) subpct. (i), lit. c), lit. e) subpct. (ii) și lit. h): zaharuri și/sau miere;

— în cazul produselor definite la pct. 1-7 din partea I, pentru corectarea gustului acid: suc de lămâie și/sau suc de lămâie verde și/sau suc de lămâie concentrat și/sau suc de lămâie verde concentrat, până la 3 g pe litru de suc, exprimat ca acid citric anhidru;

— în cazul sucului de fructe cu zaharuri reduse și al sucului de fructe cu zaharuri reduse obținut din concentrat: apă în măsura strict necesară pentru a restabili apa pierdută ca urmare a procesului de reducere a zaharurilor;

— în cazul sucului de roșii și al sucului de roșii obținut din concentrat: sare, condimente și ierburi aromatice.

3. Tratamente și substanțe autorizate

Doar următoarele tratamente pot fi utilizate și doar următoarele substanțe pot fi adăugate la produsele menționate în partea I:

— procedee de extragere mecanică;

— procedee fizice uzuale, inclusiv extracția „in-line” cu apă (difuzia) a părții comestibile a fructelor, altele decât strugurii, pentru producerea sucurilor de fructe concentrate, cu condiția ca sucurile de fructe astfel obținute să îndeplinească cerințele prevăzute în partea I pct. 1;

— în cazul sucului de struguri, dacă s-a recurs la sulfitarea strugurilor cu dioxid de sulf, este autorizată desulfitarea prin mijloace fizice, cu condiția ca în produsul final cantitatea totală de SO₂ să nu depășească 10 mg/l;

— preparate enzimatice: pectinaze (pentru descompunerea pectinei), proteinaze (pentru descompunerea proteinelor) și amilaze (pentru descompunerea amidonului), care îndeplinesc cerințele Regulamentului (CE) nr. 1.332/2008 al Parlamentului

European și al Consiliului din 16 decembrie 2008 privind enzimele alimentare;

— gelatină comestibilă;

— taninuri;

— gel de siliciu;

— cărbune;

— azot;

— bentonită ca argilă absorbantă;

— adjuvanți de filtrare inerti din punct de vedere chimic și agenți de precipitare (inclusiv perlit, diatomit spălat, celuloză, poliamidă insolubilă, polivinilpolipirrolidon, polistiren) care îndeplinesc cerințele Regulamentului (CE) nr. 1.935/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 octombrie 2004 privind materialele și obiectele destinate să vină în contact cu produsele alimentare;

— adjuvanți de adsorbție inerti din punct de vedere chimic care respectă cerințele Regulamentului (CE) nr. 1.935/2004 și care se utilizează pentru a reduce conținutul de limonoid și de naringin din suc de citrice fără a afecta în mod semnificativ conținutul de glucozide limonoide, de acid, de zaharuri (inclusiv de oligozaharide) sau de minerale;

— proteine de origine vegetală din grâu, mază, cartofi sau semințe de floarea-soarelui pentru limpezire;

— numai pentru suc de fructe cu conținut redus de zahăr, suc de fructe cu conținut redus de zahăr din concentrat și suc de fructe cu conținut redus de zahăr: procedee de reducere a conținutului de zaharuri prezente în mod natural, în măsura în care ele mențin toate celelalte caracteristici fizice, chimice, organoleptice și nutriționale esențiale ale unui tip mediu de suc din fructele respective, și anume filtrarea prin membrane și fermentarea drojdiei.

ANEXA Nr. 2

(Anexa nr. 3 la norme)

DENUMIRI SPECIALE

pentru anumite produse enumerate în anexa nr. 1 la norme

I. Denumiri speciale care pot fi utilizate numai în limba denumirii

a) „vruchtendrank”, pentru nectaruri de fructe;

b) „Süßmost” se utilizează numai în asociere cu denumirile de produs „Fruchtsaft” sau „Fruchtnektar” pentru:

(i) nectarul de fructe obținut exclusiv din sucuri de fructe, din sucuri de fructe concentrate sau dintr-un amestec al acestor produse care nu pot fi consumate în stare naturală din cauza acidității lor naturale ridicate;

(ii) suc de fructe obținut din mere sau din pere, cu adaos de mere dacă este cazul, dar fără adaos de zaharuri;

c) „succo e polpa” sau „sumo e polpa”, pentru nectarurile de fructe obținute exclusiv din piure de fructe și/sau din piure de fructe concentrat;

d) (i) „æblemost”, sinonim cu suc de mere;

(ii) „æblemost fra koncentrat”, sinonim cu suc de mere obținut din concentrat;

e) (i) „sur ... saft”, împreună cu denumirea (în limba daneză) a fructului utilizat, pentru sucurile fără adaos de zahăr obținute din coacăze negre, cireșe, coacăze roșii, coacăze albe, zmeură, căpșuni sau soc;

(ii) „sød... saft” sau „sødet... saft”, împreună cu denumirea (în limba daneză) a fructului utilizat, pentru sucurile obținute din acest fruct, cu un adaos de zaharuri mai mare de 200 g pe litru;

f) „äppelmust/äpplemust”, sinonim cu suc de mere;

g) „mosto”, sinonim pentru suc de struguri;

h) „smiltsērķšķu sula ar cukuru” sau „astelpaju mahl suhkruga” sau „ślodzony sok z rokitnika”, pentru sucuri obținute din fructe de cătină albă, cu un adaos de zaharuri de cel mult 140 g pe litru.

II. Denumiri speciale care pot fi utilizate în una sau mai multe dintre limbile oficiale ale Uniunii

— „apă de nucă de cocos”, pentru produsul extras direct din nucă de cocos, fără presarea pulpei nucii de cocos, ca sinonim al sucului de nucă de cocos.

**DISPOZIȚII SPECIALE
privind nectarurile de fructe**

Nectaruri de fructe obținute din	Conținutul minim de suc și/sau de piure (% din volumul produsului finit)
I. Fructe cu suc acid, neconsumabil în stare naturală	
Fructul pasiunii	25
Quito naranjillos	25
Coacăze negre	25
Coacăze albe	25
Coacăze roșii	25
Agrișe	30
Cătină albă	25
Porumbe	30
Prune	30
Quetsches	30
Scorușe	30
Măceșe	40
Vișine	35
Alte cireșe	40
Afine	40
Soc	50
Zmeură	40
Caise	40
Căpșuni	40
Dude/Mure	40
Merișoare	30
Gutui (<i>Cydonia oblonga</i> L.)	50
Lămâi și lămâi verzi	25
Alte fructe din această categorie	25
II. Fructe cu conținut scăzut de acid, cu pulpă abundentă sau foarte aromate, al căror suc nu poate fi consumat în stare naturală	
Mango	25
Banane	25
Guave	25
Papaya	25
Lychee	25
Azerole (fructe de moșmon din Napoli)	25
Fructele arbustului <i>Annona muricata</i>	25
Fructele arborelui <i>Annona reticulata</i>	25
Mere dulci (fructele arborelui sau arbustului <i>Annona cherimola</i>)	25
Rodii	25
Nuci de caju	25
Prune spaniole (<i>Spondia purpurea</i>)	25
Fructe umbu (<i>Spondia tuberosa aroda</i>)	25
Alte fructe din această categorie	25

Nectaruri de fructe obținute din	Conținutul minim de suc și/sau de piure (% din volumul produsului finit)
III. Fructe al căror suc poate fi consumat în stare naturală	
Mere	50
Pere	50
Piersici	50
Citrice, cu excepția lămâilor și a lămâilor verzi	50
Ananas	50
Roșii	50
Alte fructe din această categorie	50

ANEXA Nr. 4
(Anexa nr. 5 la norme)

VALORILE BRIX MINIME
pentru suc de fructe reconstituit și pentru piure de fructe reconstituit

Denumirea comună a fructului	Denumirea botanică	Valorile Brix minime
Măr (*)	<i>Malus domestica</i> Borkh.	11,2
Caisă (**)	<i>Prunus armeniaca</i> L.	11,2
Banană (**)	<i>Musa x paradisiaca</i> L. (cu excepția bananelor plantain)	21,0
Coacăză neagră (*)	<i>Ribes nigrum</i> L.	11,0
Nucă de cocos (*)	<i>Cocos nucifera</i> L.	4,5
Strugure (*)	<i>Vitis vinifera</i> L. sau hibrizii acesteia <i>Vitis labrusca</i> L. sau hibrizii acesteia	15,9
Grepfrut (*)	<i>Citrus x paradisi</i> Macfad.	10,0
Guavă (**)	<i>Psidium guajava</i> L.	8,5
Lămâie (*)	<i>Citrus limon</i> (L.) Burm.f.	8,0
Mango (**)	<i>Mangifera indica</i> L.	13,5
Portocală (*)	<i>Citrus sinensis</i> (L.) Osbeck	11,2
Fructul pasiunii (*)	<i>Passiflora edulis</i> Sims	12,0
Piersică (**)	<i>Prunus persica</i> (L.) Batsch var. persica	10,0
Pară (**)	<i>Pyrus communis</i> L.	11,9
Ananas (*)	<i>Ananas comosus</i> (L.) Merr.	12,8
Zmeură (*)	<i>Rubus idaeus</i> L.	7,0
Vișină (*)	<i>Prunus cerasus</i> L.	13,5
Căpșună (*)	<i>Fragaria x ananassa</i> Duch.	7,0
Roșie (*)	<i>Lycopersicon esculentum</i> , Mill.	5,0
Mandarină (*)	<i>Citrus reticulata</i> Blanco	11,2

Pentru produsele marcate cu un asterisc (*), produse sub formă de suc, se determină o densitate relativă minimă în raport cu apa la 20/20°C.

Pentru produsele marcate cu dublu asterisc (**), produse sub formă de piure, se determină numai o valoare Brix minimă, necorectată (fără corectarea acidității).

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 444 din 7 februarie 2025

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 84 din 3 februarie 2025

ORDIN

privind modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

În temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Referatului de aprobare nr. 444R din 7.02.2025 al Ministerului Sănătății și nr. DG 650 din 3.02.2025 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

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

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

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

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

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

„(2¹) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2024 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat

pentru anul 2025 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza unei convenții, și plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenției de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform

prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;”

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

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

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

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

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

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

16. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (32) se introduce un nou alineat, alineatul (33), cu următorul cuprins:

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

17. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (51) se introduce un nou alineat, alineatul (52), cu următorul cuprins:

„(52) Pentru anul 2025, prevederile alin. (5) nu se aplică.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

23. În anexa nr. 15, la articolul 3, alineatele (2), (3) și (31) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

Prin excepție, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, în situația în care la unii medici se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un

act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la medicii care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract.

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

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

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

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

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

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

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

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

26. În anexa nr. 17, la litera A, în tabelul de la punctul 2, după punctul 114 se introduce un nou punct, punctul 114¹, cu următorul cuprins:

„114 ¹ .	RMN umăr stâng nativ	606,00”
---------------------	----------------------	---------

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

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

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

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

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

„(3) Prin excepție de la obligativitatea încadrării în valoarea de contract, casele de asigurări de sănătate decontează la nivel realizat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și din asistența medicală ambulatorie de specialitate

pentru specialitățile clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale pentru serviciile medicale paraclinice, ecografiile acordate persoanelor asigurate, respectiv neasigurate, după caz, în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.”

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

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

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

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

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

„NOTA 6:

Pentru serviciile medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contractează și în ambulatoriul de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii nu este necesară prezentarea biletului de trimitere.”

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

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

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

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

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

„Art. 6. — (1) La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru anul în curs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sistemul de punctaj APACHE 2									
Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39,0-40,9		38,5-38,9	36,0-38,4	34,0-35,9	32,0-33,9	30,0-31,9	< 29,9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130-159	110-129		70-109		50-69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min.)	> 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	< 39
Rata respirației (respirații/min.)	> 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 5
Oxygenare (kPa)*:									
FiO ₂ > 50%	66,5	46,6-66,4	26,6-46,4		< 26,6				
A-aDO ₂									
FiO ₂ < 50% PaO ₂					> 9,3	8,1-9,3		7,3-8,0	< 7,3
pH arterial	> 7,7	7,60-7,59		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171-299		121-170	50-120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Număr de leucocite (x 10 ⁹ /l)	> 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Alte variabile:	— Scala de comă Glasgow				— Boli cronice				
	— Vârsta				— Statut chirurgical"				

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

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

$$(Nr_pat \times IU_pat/DMS_spital) \times ICM \times TCP/12 \text{ luni}$$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„Art. 3. — (1) În vederea stabilirii valorii de contract personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat la furnizor. Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă; pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată, iar pentru asistentul medical nu se acordă punctaj pentru mai puțin de jumătate de normă. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

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

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

Se consideră o normă întreagă astfel:

— pentru un medic — 35 de ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână);

— pentru un asistent medical — 40 de ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână);

— pentru un fizioterapeut — 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână);

— pentru un logoped — 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână);

— pentru un psiholog cu formare complementară în psiho-oncologie — 35 de ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână).”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

47. În anexa nr. 36, articolul 11 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 11. — În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

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

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

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

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

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

„Art. 9. — (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiant. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

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

b) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii cardului european;

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

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

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

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, medicamentele

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

Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, medicamentelor din rețetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene, medicamentelor din rețetele eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

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

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

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

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

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

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

„Art. 5. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează sumele corespunzătoare contravalorii medicamentelor pe baza facturii transmise conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la validarea acesteia în limita fondurilor aprobate cu această destinație.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical, în vederea decontării acestuia, se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive

religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului medical.

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

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

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

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

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

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

„Art. 10. — (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

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

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

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

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

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

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

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii

dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului.

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

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

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

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

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Valeria Herdea

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro

Relații cu publicul: șos. Panduri nr. 1, bloc P33, sectorul 5, București; 050651.
Tel. 021.401.00.73, 021.401.00.78/79/83.

Pentru publicări, încărcăți actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro>, secțiunea Publicări.

