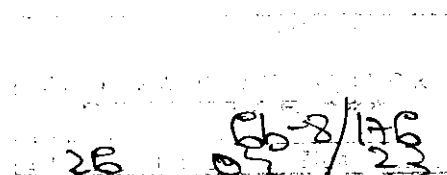




**Nr. 4464, 4465, 4466, 4467, 4468, 4481, 4482, 4483, 4484, 4485, 4487, 4488,
4489, 4490, 4491, 4492, 4493, 4494, 4495, 4496/2026**

20-04-2026

**Către: Doamna Deputat Oana MURARIU
Secretar al Camerei Deputaților**



Ref.la: Răspunsuri la întrebări/interpelări formulate de deputați

Stimată doamnă secretar,

Vă transmitem, alăturat, răspunsurile instituțiilor vizate cu privire la unele întrebări/interpelări formulate de deputați, potrivit tabelului anexat.

Cu deosebită considerație,

NINI SĂPUNARU

SECRETAR DE STAT



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Nr.4494....	DRP
DATA...17-04-2026...	

-3719A-

Nr. AFR 597/30.03.2026

Stimată doamnă deputat,

Referitor la întrebarea dvs. privind “eliminarea priorității la investigații medicale pentru pacienții cronici și restrângerea accesului la servicii medicale pentru persoanele asigurate”, vă comunicăm următoarele:

Prevederile *Hotărârii Guvernului nr. 5/2026 privind modificarea și completarea anexei nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și cele ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2339/2015/2025 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea 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* au fost elaborate în vederea armonizării prevederilor *Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare, cu cele ale Legii nr. 163/2025, privind modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare.*

Astfel, potrivit reglementărilor art. IX din Ordonanța de Urgență nr. 44/2022, privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea,

Ministerul Sănătății

Str. Intr. Cristian Popișteanu, nr. 1-3, București Tel. 021.3072.502, Fax. 021.313.98.41



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

modificarea și completarea unor acte normative, așa cum au fost modificate și completate prin Legea nr. 163/2025, cu modificările ulterioare:

„ART. IX

(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

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

(2) Efectuarea investigațiilor paraclinice necesare pacienților, în vederea monitorizării afecțiunilor prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

(4) Pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.



R O M Â N I A
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

(5) Pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală se decontează, în cadrul monitorizării conform dispozițiilor alin. (4), o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară, într-un an calendaristic, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Aceste persoane pot beneficia, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurrente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în același pachet de servicii. ”

Față de cele de mai sus, precizăm că efectuarea investigațiilor paraclinice necesare pacienților diagnosticați cu boli oncologice, în vederea monitorizării afecțiunii, se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

Cu privire la **monitorizarea pacienților** diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, conform articolului II punctul 3 din Legea nr. 163/2025, cu modificările și completările ulterioare, începând cu data de 1 ianuarie 2026, investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de *Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, se decontează cu încadrarea în valoarea de contract stabilită potrivit reglementărilor legale în vigoare.

Prin excepție, persoanele asigurate diagnosticate cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, pot beneficia în cadrul unui an calendaristic, **peste valoarea de contract** a furnizorului de servicii medicale paraclinice, **de o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară**, așa cum sunt reglementate în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1857/441/2023 cu modificările și completările ulterioare, prescrisă potrivit ghidurilor de practică medicală.



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Celelalte investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară recomandate pentru monitorizarea acestor afecțiuni cronice se decontează cu încadrare în valoarea de contract a furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

Reiterăm faptul că asiguratului **nu i se îngrădește** dreptul la efectuarea de investigații medicale paraclinice de înaltă performanță motivat de faptul că decontarea acestora se face cu încadrare în valoarea de contract a furnizorului de servicii medicale paraclinice.

Este important de menționat faptul că sunt exceptate de la obligația încadrării în valoare de contract următoarele investigații:

- analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii din pachetul de bază;

- serviciile medicale paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază;

- serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor asigurate, necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice;

- serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice;

- serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, recomandate de medicii de familie în cadrul **consultațiilor preventive** din pachetul minimal de servicii, și serviciile medicale paraclinice recomandate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat cu suspiciune de afecțiune oncologică, ca urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în vederea confirmării afecțiunii oncologice;

- serviciile medicale paraclinice - analize de laborator acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, recomandate de medicii de familie și de medicii de



R O M Â N I A
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

Referitor la drepturile **persoanelor neasigurate** facem precizarea că potrivit articolului 221 litera d) din *Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății (Titlul VIII — Asigurările sociale de sănătate), republicată, cu modificările și completările ulterioare*, serviciile medicale oferite persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat sunt cele prevăzute în **pachetul minimal** de servicii și cuprinde „servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare numai în cazul urgențelor medico- chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, servicii medicale în asistența medicală primară, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, **servicii de prevenție**, transport sanitar neasistat și se stabilește prin contractul-cadru și normele de aplicare a acestuia; persoanele care nu fac dovada calității de asigurat pot beneficia și de îngrijiri de asistență medicală comunitară în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, cu modificările și completările ulterioare, și ale normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, aprobate prin hotărâre a Guvernului”.

Bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate, cu excepția bolnavilor cu afecțiuni oncologice beneficiari ai programelor naționale de sănătate și a bolnavilor înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate de servicii din pachetul minimal de servicii medicale acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate; servicii medicale, servicii conexe, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz,



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

acordate în cadrul programului național de sănătate al căror beneficiari sunt; servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază care stau la baza acordării serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale.

Bolnavii înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de pachetul de bază prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare a acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecțiuni.

Facem precizarea că potrivit art. 224, lit. f) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, bolnavii cu afecțiuni oncologice beneficiari de programe naționale de sănătate, care nu realizează venituri, pentru care datorează contribuția de asigurări - sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de asigurare fără plata contribuției până la vindecarea respectivei afecțiuni.

Cu deosebită considerație,

SECRETAR DE STAT
dr. Stela Fîru

Camera Deputaților
Doamnei deputat Cristina Emanuelă Dascălu