

Propuneri de modificare ale AmCham România privind

ORDINUL 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

9 august 2026

#	Forma din proiectul de ordin	Forma propusă	Motivare
Anexa 1, lit. A, pct. 1.1.4.2	La Articolul 1 din proiectul de ordin: managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular se aplică la "evaluarea inițială a cazului nou depistat", fără un traseu explicit de monitorizare activă post-eveniment acut (infarct miocardic, AVC ischemic).	Extinderea pct. 1.1.4.2 cu un subpunct dedicat monitorizării active a pacientului în primul an după un eveniment cardiovascular acut, cu evaluări la 3, 6 și 12 luni, incluzând profilul lipidic și verificarea eliberării rețetelor pentru terapie cronică	Este o extensie firească a unui mecanism deja existent (managementul integrat al factorilor de risc), nu un program nou — deci se încadrează în competența CNAS de a defini pachete de servicii decontabile. Riscul de recurență e maxim în primul an, iar prevenția secundară structurată reduce reinternările, obiectiv explicit declarat în referatul proiectului pentru alte capitole.
În anexa nr. 1, lit A pct 1.1.4.2 si pct B 1.1.4.2	Art. 1 și Art. 6 din proiectul de ordin: „Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2 ... măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA, greutate, talie, indicele de masă corporală (IMC) ...”	Se adaugă : „Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2 ... măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA, greutate, talie, indicele de masă corporală (IMC) ...” Pentru pacienții cu IMC ≥ 27 kg/m², circumferință abdominală crescută sau alți indicatori de risc cardiometabolic, planul de	Proiectul cuprinde elemente importante de evaluare, însă este nevoie de un parcurs clinic coerent: identificare, stratificare, intervenție, trimitere și monitorizare.

		management include, după caz, evaluarea și managementul excesului ponderal/obezității, stabilirea obiectivelor ponderale, consiliere privind stilul de viață. Inițierea și continuarea tratamentului se realizează în conformitate cu indicația autorizată, recomandările Forumului Roman de Obezitate și decizia medicală individuală.”	
În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.2.4, NOTA și literele a. și b. de la NOTĂ	„NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție: - persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;”	„NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepție: - persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice, pentru servicii imagistice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;”	Extinderea biletului de trimitere emis de medicul de familie și pentru serviciile imagistice este esențială pentru asigurarea unui traseu diagnostic complet și rapid al pacienților cu suspiciune de afecțiune oncologică. În prezent, referirea se limitează la consultații de specialitate, servicii paraclinice de laborator și internare, ceea ce creează un blocaj în confirmarea diagnostică, întrucât majoritatea cancerelor solide (pulmonar, mamar, colorectal, hepatic, renal, pancreatic) necesită investigații imagistice (CT, RMN, ecografie, mamografie) pentru stadializare și confirmare. Includerea explicită a serviciilor imagistice în circuitul de trimitere reduce timpul până la diagnostic, aliniindu-se obiectivelor Planului European de Combatere a Cancerului și Planului Național de Combatere și Control al Cancerului, care recomandă intervale de sub 30 de zile de la suspiciune la confirmare.
În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.4. se modifică tabelul	1.4. Serviciile diagnostice și terapeutice	În Tabel servicii diagnostice și terapeutice se adaugă punctul 27: CT torace cu doză redusă	Introducerea explicită a CT torace cu doză redusă în lista serviciilor diagnostice și terapeutice este condiția tehnică indispensabilă pentru operaționalizarea screeningului pulmonar. Fără includerea în nomenclatorul de servicii decontate, medicii de familie și medicii de specialitate nu pot

conținând serviciile diagnostic e și terapeutice			recomanda investigația în cadrul asigurărilor sociale de sănătate, iar pacienții eligibili nu pot beneficia efectiv de screening. Serviciul este standardizat internațional (protocol de achiziție cu doză <1,5 mSv, mult sub CT toracic clasic ~7 mSv) și are cost-eficacitate demonstrată.
În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.2.6.2. și NOTA 2, se modifică	1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni. NOTA 2: Fac excepție: - persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;	1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, bronhopneumopatie obstructivă cronică în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni. NOTA 2: Fac excepție: - persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice, pentru servicii imagistice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;	Adăugarea bronhopneumopatiei obstructive cronice (BPOC) în lista afecțiunilor vizate de consultațiile preventive este justificată de prevalența ridicată a bolii în România (estimată la peste 8–10% din populația adultă, cu subdiagnosticare masivă – peste 70%) și de povara economică și socială semnificativă. BPOC reprezintă a treia cauză de deces la nivel global (OMS) și este strâns asociată cu cancerul bronhopulmonar (împart factori de risc – fumat, expunere ocupațională). Depistarea precoce a BPOC permite intervenții modificatoare de evoluție (renunțarea la fumat, tratament bronhodilatator, reabilitare pulmonară) și, totodată, identifică o populație suprapusă cu grupul-țintă pentru screening LDCT. Completarea cu „servicii imagistice” în NOTA 2 asigură coerența cu modificările propuse la punctele anterioare.

În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.2.7.2., NOTA 2 se modifică	NOTA 2: În urma acordării consultațiilor de prevenție, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultației la medicul de specialitate (..) Totodată, la femeile până la vârsta de 65 de ani, inclusiv, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății.	NOTA 2: În urma acordării consultațiilor de prevenție, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultației la medicul de specialitate (..) Totodată, la femeile până la vârsta de 65 de ani, inclusiv, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. • pentru persoane la risc înalt efectuare examen CT torace cu doză redusă, anual.	Adulții cu vârsta de peste 60 de ani reprezintă grupul cu incidența maximă a cancerului bronhopulmonar (vârsta mediană la diagnostic în România este de aproximativ 65–68 ani). Extinderea recomandării LDCT anual pentru persoanele la risc înalt din această categorie de vârstă este conformă cu ghidurile USPSTF (50–80 ani) și cu Recomandarea Consiliului UE 2022, care includ populația vârstnică fumătoare/fostă fumătoare drept prioritate absolută pentru screening. Beneficiul absolut al screeningului LDCT crește cu vârsta, întrucât incidența cancerului pulmonar este direct proporțională cu vârsta și cu durata expunerii la fumat.
În anexa 1, Cap II, lit B, 1.10	Nu există: proiectul nu conține niciun mecanism de decontare a celor două doze anuale de adrenalina pentru autoinjectare la care au dreptul, gratuit, persoanele cu risc de șoc anafilactic.	Introducerea explicită, în normele CoCa, a mecanismului de decontare a adrenalinei pentru autoinjectare (2 doze/an, în baza recomandării medicului alergolog), în corelare cu art. 10 din Legea nr. 4/2021, astfel cum a fost modificat prin Legea nr. 242/2023, respectiv: la prevederile privind acordarea medicamentelor în ambulatoriu se introduce următorul alineat: "Adrenalina pentru autoinjectare se acordă și se decontează persoanelor cu risc de șoc anafilactic, în limita a două autoinjectoare pe an, în baza recomandării medicului specialist, în condițiile legii (art. 10 din Legea nr. 4/2021, cu modificările și completările ulterioare)."	Art. 10 alin. (2) din Legea 4/2021 prevede expres că decontarea se face "potrivit normelor metodologice de aplicare a prezentei legi" — norme care, la aproape 5 ani de la adoptarea legii, nu au fost încă emise, lăsând un drept legal neaplicabil în practică. Având în vedere că normele de aplicare ale Contractului-cadru reglementează condițiile de acordare și decontare a medicamentelor în sistemul de asigurări sociale de sănătate, includerea unor prevederi corespunzătoare în acest act normativ se înscrie în aria de competență a CNAS. O astfel de intervenție nu ar crea o obligație nouă, ci ar asigura aplicarea efectivă a unei prevederi legale deja existente, rămasă neoperaționalizată din cauza lipsei normelor metodologice prevăzute de lege.

Anexa nr. 1, Capitolul II, lit. B, pct. 1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice	Nu există. Se recomandă introducerea unei prevederi generale privind evaluarea situației vaccinale în cadrul serviciilor medicale preventive	După pct. 1.2. se introduce un nou subpunct, pct. 1.2.0, cu următorul cuprins: „1.2.0. În cadrul serviciilor medicale preventive și profilactice prevăzute la pct. 1.2, medicul de familie evaluează, după caz, situația vaccinală a persoanei, identifică vaccinările restante și formulează recomandările de vaccinare corespunzătoare vârstei și profilului individual de risc, cu consemnarea acestora în documentele medicale aplicabile.	Această prevedere preventivă și profilactică asigură integrarea vaccinării în abordarea curentă a prevenției din asistența medicală primară și evită reglementarea fragmentată a aceleiași obligații în multiple categorii de consultații. Statusul vaccinal reprezintă un element relevant al profilului individual de risc și trebuie evaluat similar altor factori de risc urmăriți în cadrul consultațiilor preventive. Consemnarea acestuia în riscogramă asigură continuitatea și trasabilitatea intervențiilor preventive și facilitează identificarea oportunităților de vaccinare pe parcursul relației dintre pacient și medicul de familie. Măsura consolidează rolul medicului de familie în domeniul prevenției și transpune principiul conform căruia fiecare contact eligibil cu sistemul de sănătate reprezintă o oportunitate de vaccinare, în concordanță cu recomandările internaționale și europene privind creșterea acoperirii vaccinale prin asistența medicală primară.
Anexa nr. 1, Capitolul II, lit. B - Pachetul de servicii de bază în asistența	Nu există o prevedere expresă care să reglementeze recomandarea și prescrierea vaccinurilor compensate de către medicul de familie pentru persoane care nu sunt înscrise pe lista proprie.	După subpct. 1.2.9. se introduce un nou subpct. 1.2.10, cu următorul cuprins: 1.2.10. Recomandarea și prescrierea vaccinurilor: Medicul de familie poate recomanda și prescrie vaccinuri incluse în Lista cuprinzând medicamentele de care beneficiază asigurații în	Lipsa unei prevederi exprese care să permită recomandarea și prescrierea vaccinurilor compensate pentru persoane neînscrise pe lista proprie poate limita accesul la vaccinare pentru categorii precum personalul medico-sanitar, persoanele instituționalizate sau persoanele aflate temporar în altă localitate. De asemenea, aceasta reduce eficiența

medicală primară, pct. 1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice.		sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu sau fără contribuție personală, potrivit reglementărilor în vigoare, atât persoanelor înscrise pe lista proprie, cât și persoanelor asigurate neînscrise pe lista proprie. Recomandarea și prescrierea vaccinurilor se realizează în scop preventiv, în condițiile respectării rezumatului caracteristicilor produsului, indicațiilor terapeutice aprobate și reglementărilor aplicabile în domeniul vaccinării	intervențiilor de sănătate publică desfășurate prin echipe mobile și caravane medicale. Introducerea acestei măsuri elimină bariere administrative, facilitează accesul la vaccinare și consolidează rolul medicului de familie ca principal furnizor de servicii preventive. Totodată, aceasta transpune în practică principiul promovat de organizațiile internaționale de sănătate potrivit căruia fiecare contact eligibil cu sistemul de sănătate trebuie valorificat ca oportunitate de vaccinare și este în concordanță cu recomandările europene și naționale privind întărirea contribuției asistenței medicale primare la creșterea acoperirii vaccinale.
Anexa 1, litera A, pct 1.1.4.	Pct. 1 și pct. 14 din proiectul de ordin– managementul factorilor de risc cardiovascular și evaluarea factorilor de risc în consultațiile preventive.	Se introduce următorul criteriu: La toate persoanele cu vârsta ≥65 ani se efectuează screening oportunist pentru fibrilația atrială prin verificarea pulsului și recomandarea ECG în cazul identificării unui ritm neregulat.	Screeningul oportunist pentru fibrilația atrială este recomandat de ghidurile europene și contribuie la prevenirea accidentului vascular cerebral și la optimizarea managementului cardiovascular.
Anexa nr. 1, lit. A, pct. 1.1.4.2	Pct. 1 din proiect – Anexa nr. 1, lit. A, pct. 1.1.4.2. „Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular – HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2”.	La monitorizarea activă se introduce: „Se evaluează periodic atingerea țintei terapeutice pentru LDL-colesterol la pacienții încadrați în categoriile de risc cardiovascular înalt și foarte înalt.”	Managementul integrat presupune atât identificarea factorilor de risc, cât și monitorizarea rezultatelor terapeutice. Evaluarea atingerii țăntelor LDL este recomandată de ghidurile europene și contribuie la reducerea evenimentelor cardiovasculare.

Anexa nr. 1, litera A, punctul 1.2.3.2., NOTA se modifică	„Fac excepție: - persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice, efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi”	„Fac excepție: - persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice, pentru servicii imagistice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi”	Extinderea biletului de trimitere emis de medicul de familie și pentru serviciile imagistice este necesară pentru un diagnostic oncologic rapid și complet. În prezent, trimiterea acoperă doar consultații de specialitate, analize de laborator și internare, ceea ce întârzie confirmarea, deoarece majoritatea cancerelor solide necesită investigații precum CT, RMN, ecografie sau mamografie. Includerea imagisticii ar reduce timpul până la diagnostic și ar susține ținta de confirmare în sub 30 de zile, aliniat Planului European de Combatere a Cancerului și Planului Național de Combatere și Control al Cancerului.
În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.2.3.2., literele a. și b. de la NOTĂ se modifică	NOTĂ a. (...)Totodată, la femei, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste (...) aprobată prin ordin al ministrului sănătății.	NOTĂ a. (...) Totodată, la femei, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. • pentru persoane la risc înalt efectuare examen CT torace cu doză redusă, anual. b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste (...) aprobată prin ordin al ministrului sănătății. • pentru persoane la risc înalt efectuare examen CT torace cu doză redusă, anual. La Anexa nr. 1, pct. 1.2.3.2 se introduce un nou paragraf cu următorul cuprins: „Pentru asigurații asimptomatici care sunt rude de gradul I ale persoanelor diagnosticate sau	• Cancerul bronhopulmonar este principala cauză de mortalitate prin cancer la nivel global și în România, cu peste 11.000 de decese anuale, în mare parte din cauza diagnosticării în stadii avansate (peste 70% din cazuri sunt depistate în stadiile III–IV, când supraviețuirea la 5 ani este sub 10%). Screeningul prin CT torace cu doză redusă (LDCT) la persoanele la risc înalt este singura metodă cu eficacitate demonstrată în reducerea mortalității specifice, cu o reducere de 20–24% a mortalității prin cancer pulmonar, conform studiilor de referință NLST (SUA) și NELSON (Europa). Screeningul LDCT este recomandat de Consiliul Uniunii Europene (Recomandarea din 9 decembrie 2022 privind extinderea

		suspectate de Hipercolesterolemie Familială (HF), medicul de familie poate recomanda în cadrul consultației preventive determinarea profilului lipidic, în scopul depistării precoce (screening în cascadă)."	screeningului pentru cancer), de US Preventive Services Task Force (USPSTF 2021), de ghidurile ESR/ERS și este deja implementat în programe naționale în state precum Polonia, Croația, Cehia și Regatul Unit. Introducerea LDCT în pachetul de servicii preventive pentru adulții la risc înalt (fumători/foști fumători cu istoric ≥ 20 pachete-an) reprezintă un pas necesar pentru alinierea României la standardele europene și pentru reducerea poverii bolii. • Normele prevăd deja colectarea istoricului familial privind bolile familiale ale metabolismului lipidic, însă nu prevăd explicit evaluarea rudelor de gradul I. Introducerea acestei posibilități ar facilita identificarea precoce a persoanelor cu risc cardiovascular ereditar crescut și implementarea timpurie a măsurilor de prevenție, cu potențial de reducere a evenimentelor cardiovasculare premature. • Identificarea precoce a persoanelor cu hipercolesterolemie familială contribuie la obiectivele de reducere a mortalității cardiovasculare premature și de consolidare a prevenției cardiovasculare prevăzute în strategiile naționale și europene de sănătate.
În anexa nr. 1, la litera A, punctul	Art 3 din proiectul de ordin – modifică literele a. și b. de la NOTĂ, în paralel cu pct. 8 (lit. B), inclusiv prin introducerea „HDL colesterol”.	Se propune completarea pct. 3 din proiect, astfel: În anexa nr. 1, la litera A, punctul 1.2.3.2., NOTĂ, literele a. și b., după liniuța «HDL	• Menține simetria dintre pachetul minimal și pachetul de bază, așa cum este construită în prezent anexa nr. 1, și permite utilizarea formularului de

1.2.3.2., NOTĂ, literele a. și b., după liniuța «HDL colesterol		colesterol» se introduce o nouă liniuță, cu următorul cuprins: – Lipoproteina (a) – Lp(a), o singură dată pe parcursul vieții, pentru persoanele cu vârstă cuprinsă între 30 și 39 de ani inclusiv» – la litera a., respectiv – Lipoproteina (a) – Lp(a), o singură dată pe parcursul vieții, pentru persoanele cu vârstă cuprinsă între 40 și 49 de ani inclusiv» – la litera b.”	recomandare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate.
Anexa nr. 1, lit. A, pct. 1.1.4.2	Pct. 1 din proiect – Anexa nr. 1, lit. A, pct. 1.1.4.2. „Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular – HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2”.	La monitorizarea activă se introduce: „Se evaluează periodic atingerea țintei terapeutice pentru LDL-colesterol la pacienții încadrați în categoriile de risc cardiovascular înalt și foarte înalt.”	Managementul integrat presupune atât identificarea factorilor de risc, cât și monitorizarea rezultatelor terapeutice. Evaluarea atingerii țăintelor LDL este recomandată de ghidurile europene și contribuie la reducerea evenimentelor cardiovasculare.
Anexa nr. 1, lit. A, pct. 1.2.7.2; corelativ, lit. B, pct. 1.2.7.2 și riscograma (anexa nr. 2 B) — consultația preventivă la adultul de peste 60 de ani	Art 4 din proiectul de ordin: Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață): [...]; evaluarea riscului fatal cardiovascular [...]; evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență. NOTA 1: Persoanele eligibile [...] sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora. NOTA 2: formularul de recomandare pentru investigații paraclinice + lista de investigații pentru adultul peste 60	La pct. 1.2.7.2, prima teză se completează, după «evaluarea riscului de demență», cu: «evaluarea statusului vaccinal conform Ordinului nr. 3987/1156/2023 privind completarea anexei nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate,	Integrarea imunizării într-o consultație deja existentă și finanțată este o intervenție eficientă, cu cost marginal redus, care nu presupune o vizită suplimentară pentru pacient. Consultația urmărește deja o listă de evaluări de risc; statusul vaccinal este un element de aceeași natură și se adaugă între «elementele urmărite», similar testării HPV. Consemnarea în riscogramă asigură trasabilitatea între vizite, fără raportare suplimentară.

	de ani (inclusiv testarea HPV a femeilor până la 65 de ani, conform metodologiei de screening).»	precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, și a normelor metodologice privind implementarea acestora și, după caz, administrarea acestora, cu consemnare în Registrul electronic național de vaccinare (RENV).» Corelativ: aceeași completare la lit. B, pct. 1.2.7.2; iar în riscogramă (anexa nr. 2 B) se adaugă o rubrică privind statusul vaccinal — trimestrul și anul ultimei vaccinări.	
Anexa nr. 1, lit. A, pct. 1.2.7.2., Nota 2	Articolul 4 din proiect – privind consultațiile preventive la persoanele cu vârsta peste 60 ani.	Se introduce: „Consultația preventivă anuală include evaluarea riscului de cădere, a echilibrului și a simptomelor vestibulare prin utilizarea unor instrumente standardizate.”	Căderile reprezintă una dintre principalele cauze de dizabilitate și spitalizare la persoanele vârstnice. Evaluarea sistematică permite depistarea precoce a tulburărilor vestibulare și neurologice și orientarea către investigații suplimentare.
Anexa nr. 1, lit. B, pct. 1.2, subpct. 1.2.1 — Consultații preventive, 0-18 ani	Nu există în proiect: Consultații preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind: a. creșterea și dezvoltarea; b. starea de nutriție și practicile nutriționale; c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.	Completare – evaluarea situației vaccinale la copii și adolescenți La subpct. 1.2.1, după lit. c) se introduce o literă nouă, lit. d), cu următorul cuprins: ... c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 B la ordin. d. evaluarea situației vaccinale, identificarea vaccinărilor restante și recomandarea vaccinărilor eligibile potrivit vârstei.» Lit. a) - c) rămân nemodificate.	Consultațiile sunt acordate periodic și activ, pe grupe de vârstă, cu frecvența prevăzută la subpct. 1.2.1.1. Completarea se integrează în structura existentă a consultației și nu modifică punctajul acesteia.

Anexa nr. 1, lit. B, pct. 1.2, subpct. 1.2.2.1 — Supravegherea gravidei	Nu există în proiect: evaluarea situației vaccinale în sarcină „În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, lues a femeii gravide, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.”	Completare – evaluarea situației vaccinale în sarcină „În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, lues a femeii gravide, evaluarea situației vaccinale și recomandarea vaccinărilor indicate în sarcină, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.”	În cadrul consultațiilor de planificare familială, subpct. 1.2.5.2 prevede deja istoricul vaccinărilor. Completarea extinde aceeași abordare la intervalul de supraveghere a sarcinii, în care sunt indicate vaccinări specifice. Supravegherea sarcinii reprezintă unul dintre cele mai frecvente puncte de contact ale pacientei cu sistemul medical și oferă oportunitatea integrării recomandărilor preventive relevante pentru mamă și nou-născut
Anexa nr. 1, lit. B, pct. 1.2, subpct. 1.2.3.1 și 1.2.3.2 — Adultul asimptomatic (18-39 ani, respectiv 40 de ani și peste)	Nu există în proiectul de ordin: evaluarea situației vaccinale la adultul asimptomatic. „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. [...] 1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 ani și peste, 1 - 3 consultații/asigurat/pachet prevenție ce se decontează anual. [...] Pachetul de prevenție se decontează anual - 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 completează ambele subpuncte cu o teză având următorul cuprins: „Evaluarea cuprinde și situația vaccinală a persoanei, cu recomandarea vaccinărilor eligibile în funcție de vârstă și de profilul de risc. Corelativ, se completează riscograma prevăzută în anexa nr. 2 B cu o rubrică privind situația vaccinală.”	Riscograma este instrumentul prin care sunt consemnați ceilalți factori de risc evaluați la adultul asimptomatic. Situația vaccinală este un element de aceeași natură; consemnarea în riscogramă asigură trasabilitatea, fără raportare suplimentară. Integrarea în consultația anuală de evaluare a riscului nu generează costuri suplimentare.
Anexa nr. 1, lit. B, pct. 1.2,	Nu există în proiectul de ordin: evaluarea situației vaccinale în depistarea precoce	Se completează:a subpct. 1.2.6.2 se adaugă o teză finală:	Grupele vizate cumulează vârsta și comorbiditățile, ambele criterii pentru vaccinările recomandate adultului.

subpct. 1.2.6.2 și 1.2.7.2 — Depistarea precoce la 40-60 de ani, respectiv peste 60 de ani	1.2.6.2: „Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni”. 1.2.7.2: Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață): [...] evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.»	„Consultația cuprinde și evaluarea situației vaccinale, cu recomandarea vaccinărilor indicate în funcție de vârstă și de afecțiunile cronice existente.” La subpct. 1.2.7.2, enumerarea evaluărilor incluse se completează cu: „evaluarea situației vaccinale, cu recomandarea vaccinărilor indicate în funcție de vârstă și de afecțiunile cronice existente”	Consultațiile sunt deja acordate activ acestor persoane.
Anexa nr. 1, lit. B, pct. 1.1, subpct. 1.1.3 — Boli cronice	Nu există în proiectul de ordin: evaluarea situației vaccinale în managementul bolilor cronice „1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru: a) supravegherea evoluției bolii; b) continuitatea terapiei; c) screeningul complicațiilor; d) educația asiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.”	Se completează cu punctul e): „1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru: a) supravegherea evoluției bolii; b) continuitatea terapiei; c) screeningul complicațiilor; d) educația asiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea; e) evaluarea situației vaccinale și recomandarea vaccinărilor indicate în funcție de afecțiunea cronică și de profilul de risc.”	Subpct. 1.1.4.3 prevede deja vaccinarea antigripală și antipneumococică pentru toți pacienții, în managementul bolii cronice respiratorii obstructive. Completarea propusă extinde evaluarea și recomandarea vaccinării la nivelul tuturor asiguraților cu boli cronice pentru care aceasta este indicată conform recomandărilor deja prevăzute de protocoalele terapeutice și legislația în vigoare pentru grupele populaționale la risc. Consultațiile periodice pentru managementul bolilor cronice reprezintă una dintre cele mai eficiente oportunități pentru actualizarea măsurilor preventive recomandate persoanelor cu risc crescut. Integrarea evaluării statusului vaccinal susține o abordare holistică a managementului pacientului cronic

-	Examele de bilanț pentru copii (2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni și anual 4-18 ani) nu includ, ca element obligatoriu, verificarea stadiului vaccinal conform Calendarului Național.	Introducerea, ca element obligatoriu al fiecărui examen de bilanț, a verificării stadiului vaccinal și, dacă schema e incompletă, a consemnării unei recomandări scrise de completare — după modelul deja folosit în proiect pentru urmărirea frecvenței testării HPV la femei ("medicul de familie va urmări..."). La conținutul examenelor de bilanț ale copilului se introduce obligația ca medicul de familie: "să verifice stadiul vaccinal conform Calendarului Național de Vaccinare și să consemneze în dosarul medical recomandarea de completare a schemei de vaccinare, după caz."	Nu creează un serviciu nou, deci nu presupune buget suplimentar — atașează o cerință de conținut unei consultații deja decontate, exact tehnica pe care proiectul o folosește deja pentru HPV. Rămâne strict în competența CNAS: nu obligă la vaccinare, doar la verificare și informare, ambele acte medicale curente.
-	Verificarea stadiului vaccinal ar presupune, în lipsa unei interoperabilități explicite, consultarea manuală a RENV de către medicul de familie, separat de dosarul electronic de sănătate (DES) pe care îl folosește curent.	Introducerea unei prevederi tehnice prin care datele RENV privind stadiul vaccinal al pacienților înscriși pe lista proprie să fie afișate automat în DES/SIUI, vizibile medicului de familie fără interogare separată.	Este o condiție tehnică, nu clinică — deci ține strict de competența CNAS ca administrator al infrastructurii informatice (SIUI/DES), nu de Ministerul Sănătății sau INSP.
În anexa nr. 1 la litera B, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.1. se modifică	1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele: a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie; b) Monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului,	1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele: a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice și imagistice , bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie; b) Monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate, acordate într-un interval	Extinderea sferei consultațiilor de monitorizare activă pentru a include investigațiile imagistice alături de cele paraclinice este necesară deoarece managementul modern al bolilor cronice (diabet, boli cardiovasculare, BPOC, boală renală cronică, patologie oncologică în urmărire) implică controale imagistice periodice (ecografie, radiografie, CT, RMN). Absența acestora din pachetul de monitorizare limitează capacitatea medicului de familie de a asigura o urmărire completă și fragmentează îngrijirea, contravenind principiului managementului integrat al bolilor cronice promovat de OMS.

	investigații paraclinice și tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.	de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și imagistice și tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.	
În anexa nr. 1, litera B, punctul 1.2.3.2, lit a. și b	Pct. 8 din proiectul de ordin. Lista se modifică; se introduce „HDL colesterol” după „LDL colesterol”: • Colesterol seric total • LDL colesterol • HDL colesterol • Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată – RFGe • TGO • TGP [...]”	În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.2.3.2., NOTA 1, litera a., după liniuța «HDL colesterol» se introduce o nouă liniuță, cu următorul cuprins: • Lipoproteina (a) – Lp(a), o singură dată pe parcursul vieții, pentru persoanele asigurate cu vârsta cuprinsă între 30 și 39 de ani inclusiv, dacă această investigație nu a fost efectuată și raportată anterior în platforma informatică din asigurările de sănătate;”	Introducerea testării Lp(a) în România este justificată de faptul că Lp(a) reprezintă un factor de risc cardiovascular independent, determinat genetic și stabil pe parcursul vieții, care nu este identificat prin prevenția cardiovasculară actuală, deși aproximativ unul din cinci adulți are niveluri clinic relevante; măsurarea o singură dată în viață este susținută consecvent de ghidurile majore ESC/EAS, consensul EAS, actualizarea NLA și recomandările poloneze. Măsura este aliniată cu Strategia Națională pentru Combaterea Bolilor Cardiovasculare și Cerebrovasculare 2025-2030 și cu Planul UE „Safe Hearts”, ambele orientate către prevenție, identificarea timpurie a riscului și stratificarea riscului în medicina primară; în plus, poate fi integrată operațional în consultațiile preventive deja existente la medicul de familie, cu interpretare standardizată și trimitere selectivă către specialist, fără a necesita un traseu separat de îngrijire. Formula „o singură dată pe parcursul vieții” urmează modelul deja folosit în Norme pentru investigațiile cu periodicitate specifică (PSA – o dată la 3 ani; test imunologic FIT – o dată la 2 ani).

În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.2.3.2., și b. de la NOTA 1	a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani • Hemoleucogramă completă • Proteina C reactivă • Glicemie a jeun (...)pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani inclusiv, ecografie de sân și mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății - pentru femei, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății - TSH și FT4 la femei - pentru bărbați, PSA, începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani. Totodată, la femei, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste: - hemoleucogramă completă - proteina C reactivă - glicemie a jeun – (...)începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani. Totodată, la femei, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. •	a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani • Hemoleucogramă completă • Proteina C reactivă • Glicemie a jeun (...)pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani inclusiv, ecografie de sân și mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății - pentru femei, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății - TSH și FT4 la femei - pentru bărbați, PSA, începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani. Totodată, la femei, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. • pentru persoane la risc înalt efectuare examen CT torace cu doză redusă, anual. b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste: - hemoleucogramă completă - proteina C reactivă - glicemie a jeun – (...)începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani. Totodată, la femei, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. • pentru persoane la risc înalt efectuare examen CT torace cu doză redusă, anual.	În România, cancerul bronhopulmonar reprezintă principala cauză de deces prin cancer, cu peste 13.500 de decese anual, reprezentând aproximativ o cincime din totalul deceselor prin cancer. Diagnosticul tardiv continuă să fie una dintre principalele vulnerabilități ale sistemului, majoritatea cazurilor fiind identificate în stadii avansate, când opțiunile terapeutice sunt mai limitate, iar prognosticul este semnificativ mai rezervat. Diagnosticul în stadiul I poate aduce supraviețuirea la 5 ani la 80% iar în stadiul II până la 55%. (Lung cancer screening: Building resilience and sustainability of healthcare systems, https://cci4eu.aws-lcb.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/01/Lung-cancer-screening-Building-resilience-and-sustainability-of-healthcare-systems.pdf, accesat 11.05.2026”, citat: „68–80% if detected at stage I”). CT cu doză scăzută la populația la risc ridicat reprezintă o măsură de diagnosticare precoce validată internațional și dovedită prin numeroase studii clinice randomizate de anvergură. Strategia Națională de Sănătate (SNS), Planul Național de Control al cancerului (PNCC - Legea 293/2022), OMS prin rezoluția 78.5 din 27 mai 2025 și Consiliul UE - 2022/C 473/01- 9 dec.2022 recomandă introducerea screeningului ținut pentru cancer bronhopulmonar prin CT cu doză scăzută.
---	--	---	--

În anexa nr. 1, litera B, punctul 1.2.3.2, nota 1. lit b.	Pct. 8 din proiect. Lista se modifică prin introducerea „HDL colesterol”: - colesterol seric total - LDL colesterol - HDL colesterol - creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată – RFGe - TGO - TGP - determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) [...]”	Se propune completarea pct. 8 din proiect, astfel: „În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.2.3.2., NOTA 1, litera b., după liniuța «HDL colesterol» se introduce o nouă liniuță, cu următorul cuprins: „Lipoproteina (a) – Lp(a), o singură dată pe parcursul vieții, pentru persoanele asigurate cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani inclusiv, dacă această investigație nu a fost efectuată și raportată anterior în platforma informatică din asigurările de sănătate;”	Împreună cu propunerea de la lit. a., se acoperă integral cohorta-țintă 30–49 de ani inclusiv (echivalentul grupei „30–50 de ani”).
În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.2.3.2., după NOTA 2	Nu există în proiectul de ordin Proiectul nu modifică NOTA 2 și nu introduce note noi la acest punct.	Se propune introducerea unui punct nou în proiect. În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.2.3.2., după NOTA 2 se introduce o nouă notă, NOTA 3, cu următorul cuprins: «NOTA 3: Investigația lipoproteina (a) – Lp(a) se recomandă o singură dată pe parcursul vieții, în cadrul consultațiilor preventive de evaluare a riscului individual, persoanelor asigurate asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 30 și 49 de ani inclusiv, pe baza biletului de trimitere întocmit cu completarea câmpului corespunzător prevenției. Rezultatul se consemnează în riscograma corespunzătoare grupei de vârstă și sex și se transmite în platforma informatică din asigurările de sănătate.»”	Nota asigură caracterul operațional al măsurii.
Anexa nr. 1, lit. B, pct. 1.3, subpct. 1.3.2 — Consultații	Nu există în proiectul de ordin „1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la	Completare - se introduce un subpunct nou: «1.3.6. Serviciul prevăzut la pct. 1.6 subpct. 1.6.2 se poate acorda și la domiciliul asiguraților prevăzuți la subpct. 1.3.2, în cadrul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.»	Persoanele nedeplasabile prevăzute la subpct. 1.3.2 cumulează criteriile de eligibilitate pentru vaccinările recomandate adultului, însă nu se pot prezenta la cabinet. Fără o prevedere expresă, vaccinarea acestora nu poate fi acordată la domiciliu în cadrul pachetului de bază.

le la domiciliu	cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lăuzelor."		
În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.2.6.2. și NOTA 2 se modifică	1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni. NOTA 2: În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 și 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani și peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive, nu a efectuat aceste investigații.	1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, bronhopneumopatie obstructivă cronică, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni. NOTA 2: În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 și 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și investigații paraclinice și imagistice - analize de laborator și examene imagistice prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani și peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive, nu a efectuat aceste investigații.	Includerea BPOC în afecțiunile vizate de consultațiile preventive și adăugarea investigațiilor imagistice completează instrumentarul medicului de familie în identificarea precoce a patologiei respiratorii cronice și a comorbidităților asociate (cancer pulmonar). Alinierea între secțiunile A și B ale Anexei 1 este esențială pentru consistența pachetului de servicii.
În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.2.7.2., NOTA 2 se modifică	NOTA 2: Investigațiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele: • Hemoleucogramă completă • Proteina C reactivă • Glicemie a jeun • Colesterol seric total • LDL colesterol • HDL colesterol • Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG • examinare DXA • TGO • TGP • determinarea raportului albumină/creatinină urinară • examen microscopic al secreției vaginale femeile active sexual • test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculute în	NOTA 2: Investigațiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele: • Hemoleucogramă completă • Proteina C reactivă • Glicemie a jeun • Colesterol seric total • LDL colesterol • HDL colesterol • Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG • examinare DXA • TGO • TGP • determinarea raportului albumină/creatinină urinară • examen microscopic al secreției vaginale femeile active	Adulții cu vârsta de peste 60 de ani reprezintă grupul cu incidența maximă a cancerului bronhopulmonar (vârsta mediană la diagnostic în România este de aproximativ 65–68 ani). Extinderea recomandării LDCT anual pentru persoanele la risc înalt din această categorie de vârstă este conformă cu ghidurile USPSTF (50–80 ani) și cu Recomandarea Consiliului UE 2022, care includ populația vârstnică fumătoare/fostă fumătoare drept prioritate absolută pentru

	materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 60 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătății • pentru femei până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății - TSH și FT4 la femei - pentru bărbați, PSA, o dată la 3 ani. Totodată, la femeile până la vârsta de 65 de ani, inclusiv, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății.	sexual • test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 60 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătății • pentru femei până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății - TSH și FT4 la femei - pentru bărbați, PSA, o dată la 3 ani. Totodată, la femeile până la vârsta de 65 de ani, inclusiv, medicul de familie va urmări frecvența testării HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății. • pentru persoane la risc înalt efectuare examen CT torace cu doză redusă, anual.	screening. Beneficiul absolut al screeningului LDCT crește cu vârsta, întrucât incidența cancerului pulmonar este direct proporțională cu vârsta și cu durata expunerii la fumat.
În anexa nr. 1, la litera B, punctul 1.4.2 se modifică tabelul conținând serviciile diagnostice și terapeutice	1.4. Serviciile diagnostice și terapeutice	În Tabel servicii diagnostice și terapeutice se adaugă punctul 27. CT torace cu doză redusă	Introducerea explicită a CT torace cu doză redusă în lista serviciilor diagnostice și terapeutice este condiția tehnică indispensabilă pentru operaționalizarea screeningului pulmonar. Fără includerea în nomenclatorul de servicii decontate, medicii de familie și medicii de specialitate nu pot recomanda investigația în cadrul asigurărilor sociale de sănătate, iar pacienții eligibili nu pot beneficia efectiv de screening. Serviciul este standardizat internațional (protocol de achiziție cu doză <1,5 mSv, mult sub CT toracic clasic ~7 mSv) și are cost-eficacitate demonstrată.
Anexa nr. 2B, lit. B1, lit. b), pct. 1	Pct. 14 din proiect – Anexa nr. 2B, lit. B1, lit. b), pct. 1 „Factorii de risc”, care prevede evaluarea TA, IMC, antecedentelor familiale și determinarea colesterolului,	După evaluarea factorilor de risc se introduce prevederea: „Pentru toate persoanele eligibile se calculează și se consemnează în dosarul medical scorul	Proiectul consolidează managementul integrat al riscului cardiovascular, însă nu include evaluarea standardizată a riscului cardiovascular global. Introducerea

	LDL, glicemiei și funcției renale pentru persoanele cu factori de risc.	SCORE2/SCORE2-OP, conform ghidurilor europene de prevenție cardiovasculară. "	SCORE2/SCORE2-OP permite stratificarea uniformă a riscului, identificarea precoce a persoanelor cu risc înalt și orientarea intervențiilor preventive și terapeutice conform ghidurilor europene.
În anexa nr. 2 B, la litera B1, litera c. punctul 2, se modifică	2. Intervenție asupra riscurilor modificabile: • includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în conformitate cu metodologiile de screening pentru cancer aprobate prin ordin al ministrului sănătății; • trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate	2. Intervenție asupra riscurilor modificabile: • includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional și detecție precoce în conformitate cu metodologiile de screening pentru cancer aprobate prin ordin al ministrului sănătății și susținute de recomandările internaționale (NCCN, ERS, ACS, CHEST, 2025 WHO Resolution on Promoting and prioritising an integrated lung health approach, Recomandarea Consiliului UE din 2022 privind consolidarea prevenirii prin depistare timpurie: O nouă abordare a UE privind screeningul pentru depistarea cancerului, Strategia Națională de Sănătate 2023-2030, Planul Național de Combatere a Cancerului). • trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare imagistică și clinică și monitorizare de specialitate	Adăugarea sintagmei „și detecție precoce” și a referinței la ghidurile internaționale extinde cadrul normativ dincolo de programele naționale de screening formalizate, permițând implementarea unor programe de detecție precoce (early detection) validate științific, chiar în absența unui program național structurat. Această flexibilitate este esențială pentru cancerul bronhopulmonar, pentru care România nu are încă un program național de screening operațional, deși ghidurile europene și internaționale îl recomandă. Menționarea evaluării imagistice alături de cea clinică reflectă practica medicală modernă, în care diagnosticul oncologic nu poate fi realizat exclusiv clinic.
În anexa nr. 2B, lit B1, B2 și D, lit b, pct 1	Articol vizat: Art. II pct. 13-16; anexa nr. 2B, lit. B1, B2 și D, lit. b pct. 1. „la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial ...; glicemia pentru persoanele care prezintă ... IMC >30 ...; creatinina serică ... și raportul albumină/creatinină urinară ...”	Text propus: „la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial ...; glicemia pentru persoanele care prezintă ... IMC >30 27 ...; creatinina serică ... și raportul albumină/creatinină urinară ...” ”Riscograma consemnează, la fiecare evaluare relevantă, greutatea, talia, IMC, circumferința abdominală, tensiunea arterială și statusul de diabet zaharat, precum și data măsurătorilor. Pentru persoanele cu IMC ≥27 kg/m², glicemie modificată, antecedente de diabet gestațional	Impact / justificare: Screeningul propus este util, însă lipsa unei legături explicite între parametrii măsurați și acțiunea clinică poate conduce la practici neunitare și la pierderea oportunității de intervenție precoce. Corelare: Anexa nr. 1, lit. A și B, pct. 1.1.4.2. Se recomandă folosirea aceluiași definiții și câmpuri în formulare și în PIAS.

		sau alți factori de risc cardiometabolic, medicul stabilește, după caz, repetarea investigațiilor, completarea evaluării cu HbA1c.	
Anexa 2 B, lit. D	Pct. 16 din proiectul de ordin: consultații preventive pentru vârstnici: factorii de risc evaluați sunt exclusiv cardiovasculari și metabolici (TA, IMC, colesterol, glicemie, funcție renală); proiectul nu prevede nicio componentă de evaluare cognitivă.	Adăugarea, în cadrul aceleiași consultații preventive pentru categoria de vârstă D (65+), a unui test scurt de screening cognitiv validat (ex. Mini-Cog), decontabil ca parte a consultației deja existente, fără a crea un serviciu nou separat.	Se atașează unui mecanism deja existent și deja decontat (consultația preventivă D), nu presupune resurse administrative noi. Declinul cognitiv nedetectat este un factor cunoscut de eroare de aderență terapeutică la pacienții vârstnici cu boli cronice multiple — deci are relevanță directă și pentru eficiența celorlalte pachete de prevenție din același proiect.
În anexa 2, art 1, alin. (3), după lit. b1), lit. b2).	Articol vizat: Art. II pct. 11; anexa nr. 2, art. 1 alin. (3), după lit. b1), lit. b2). „În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată ... este internat ... medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice ... în condițiile prezentării unui document eliberat de spital...”	Text propus: „În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată ... este internat ... medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice ... în condițiile prezentării unui document eliberat de spital...” „Documentul eliberat de spital se emite la solicitarea pacientului sau a medicului de familie, în cel mult o zi lucrătoare, și indică data internării, secția, diagnosticul relevant și medicamentele sau categoriile de medicamente care nu sunt incluse în lista DCI depusă de spital la contractare. Regula se aplică și medicamentelor acordate în programe naționale și medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, cu respectarea protocoalelor terapeutice. Prescrierea se realizează fără întreruperea tratamentului și fără raportarea unei consultații suplimentare de către medicul de familie.”	Impact asupra continuității tratamentului pentru boli cronice. Procedura documentului de spital nu are termen și nu precizează suficient ce se întâmplă cu medicamentele din programe sau cost-volum. Efect urmărit: Evitarea întreruperilor administrative, a dublei decontări și a refuzurilor de prescriere în timpul internării.

În anexa nr. 2 B, la litera B2, litera c. punctele 1 și 2 și NOTA se modifică	c. Evaluarea Riscului Oncologic 1. Factorii de risc: • antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă; • expunerea profesională particulară (azbest, aniline, etc.) sau prin stilul de viață; • antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerle incluse în programele naționale de sănătate; 2. Intervenție asupra riscurilor modificabile: • includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate; • trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate Notă: Femei la risc înalt pentru cancerul de sân sunt reprezentate de cel puțin una din categoriile de mai jos: - femei cu iradiere toracică în antecedente pentru Limfom Hodgkin; - femei diagnosticate cu sindrom Li-Fraumeni; - rude de gradul I a unui purtător al mutațiilor genetice (BRCA 1, BRCA 2); - istoric personal sau familial cu următoarele criterii: -- două sau mai multe cazuri de cancer de sân și/sau ovarian la rude de gradul I sau II (mamă, soră, fiică) și -- cancer de sân la rude de gradul I la mai puțin de 50 de ani.	c. Evaluarea Riscului Oncologic 1. Factorii de risc: • antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă; • expunerea profesională particulară (azbest, aniline, radon etc.) sau prin stilul de viață; • Status de fumător sau fost fumător cu cel puțin 20 pachete-an • antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerle incluse în programele naționale de sănătate; 2. Intervenție asupra riscurilor modificabile: • includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate; • trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare imagistică și clinică și monitorizare de specialitate Se adaugă o Notă care detaliază factorii de risc oncologic: Persoane la risc înalt pentru cancerul bronhopulmonar trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii obligatorii: - Vârstă: 50 – 75 de ani - Istoric de fumat: ≥ 20 pachete-an. - Statut de fumat: Fumător activ sau fost fumător care a renunțat la fumat în ultimii 15 ani. Se include în categoria fumător pacientul care folosește tutun încălzit, sau vaping, simplu sau în asociere cu țigarele tradiționale. Asociate - ca factor de risc suplimentar de risc: - Expunere profesională peste 10 ani: la siliciu, azbest, metale grele (nichel, crom, cadmiu),	În România, cancerul bronhopulmonar reprezintă principala cauză de deces prin cancer, cu peste 13.500 de decese anual, reprezentând aproximativ o cincime din totalul deceselor prin cancer. Diagnosticul tardiv continuă să fie una dintre principalele vulnerabilități ale sistemului, majoritatea cazurilor fiind identificate în stadii avansate, când opțiunile terapeutice sunt mai limitate, iar prognosticul este semnificativ mai rezervat. Diagnosticul în stadiul I poate aduce supraviețuirea la 5 ani la 80% iar în stadiul II până la 55%. (Lung cancer screening: Building resilience and sustainability of healthcare systems, https://cci4eu.aws-lcb.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/01/Lung-cancer-screening-Building-resilience-and-sustainability-of-healthcare-systems.pdf, accesat 11.05.2026", citat: „68–80% if detected at stage I”). CT cu doză scăzută la populația la risc ridicat reprezintă o măsură de diagnosticare precoce validată internațional și dovedită prin numeroase studii clinice randomizate de anvergură. Strategia Națională de Sănătate (SNS), Planul Național de Control al cancerului (PNCC - Legea 293/2022), OMS prin rezoluția 78.5 din 27 mai 2025 și Consiliul UE - 2022/C 473/01- 9 dec.2022 recomandă introducerea screeningului țintit pentru cancer bronhopulmonar prin CT cu doză scăzută.
---	--	--	---

		beriliu, insecticide/pesticide, bitum, vopseluri, adezivi, elemente radioactive, - Expunere la radon mai mult de 10 ani, valori peste 400 Bq/an - Istoric familial: cancer pulmonar la rude de gradul I prin filiație directă - Boală pulmonară cronică: BPOC, bronșectazii, emfizem pulmonar - Supraviețuitorii de cancer, indiferent de localizare	
În anexa nr. 2 B, la litera D, litera c. punctele 1 și 2 se modifică	c. Evaluarea Riscului Oncologic 1. Factorii de risc: • antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă; • expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață; • antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerle incluse în programele naționale de sănătate; 2. Intervenție asupra riscurilor modificabile: • includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate; • trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate;	c. Evaluarea Riscului Oncologic 1. Factorii de risc: • antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă; • expunerea profesională particulară (azbest, aniline, radon etc.) sau prin stilul de viață; • Status de fumător sau fost f cu cel puțin 20 pachete-an • antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerle incluse în programele naționale de sănătate; 2. Intervenție asupra riscurilor modificabile: • includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate; • trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare imagistică și clinică și monitorizare de specialitate Se adaugă o Notă care detaliază factorii de risc oncologic: Persoane la risc înalt pentru cancerul bronhopulmonar sunt reprezentate de categoriile de mai jos: Obligatorii: - Vârstă: 50 – 75 de ani - Istoric de fumat: ≥ 20 pachete-an.	În România, cancerul bronhopulmonar reprezintă principala cauză de deces prin cancer, cu peste 13.500 de decese anual, reprezentând aproximativ o cincime din totalul deceselor prin cancer. Diagnosticul tardiv continuă să fie una dintre principalele vulnerabilități ale sistemului, majoritatea cazurilor fiind identificate în stadii avansate, când opțiunile terapeutice sunt mai limitate, iar prognosticul este semnificativ mai rezervat. Diagnosticul în stadiul I poate aduce supraviețuirea la 5 ani la 80% iar în stadiul II până la 55%. (Lung cancer screening: Building resilience and sustainability of healthcare systems, https://cci4eu.aws-lcb.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/01/Lung-cancer-screening-Building-resilience-and-sustainability-of-healthcare-systems.pdf, accesat 11.05.2026”, citat: „68–80% if detected at stage I”). CT cu doză scăzută la populația la risc ridicat reprezintă o măsură de diagnosticare precoce validată internațional și dovedită

		- Statut de fumat: Fumător activ sau fost fumător care a renunțat la fumat în ultimii 15 ani. Se include în categoria fumător pacientul care folosește tutun încălzit, sau vaping, simplu sau în asociere cu țigarele tradiționale. Asociate - ca factor de risc suplimentar de risc: - Expunere profesională peste 10 ani: la siliciu, azbest, metale grele (nichel, crom, cadmiu), beriliu, insecticide/pesticide, bitum, vopseluri, adezivi, elemente radioactive, - Expunere la radon mai mult de 10 ani, valori peste 400 Bq/an - Istoric familial: cancer pulmonar la rude de gradul I prin filiație directă - Boală pulmonară cronică: BPOC, bronșectazii, emfizem pulmonar - Supraviețuitorii de cancer, indiferent de localizare	prin numeroase studii clinice randomizate de anvergură. Strategia Națională de Sănătate (SNS), Planul Național de Control al cancerului (PNCC - Legea 293/2022), OMS prin rezoluția 78.5 din 27 mai 2025 și Consiliul UE - 2022/C 473/01- 9 dec.2022 recomandă introducerea screeningului țintit pentru cancer bronhopulmonar prin CT cu doză scăzută.
Anexa 6, art 17	Pct. 17 (anexa 6, art. 7): formula de calcul a sumei alocate cabinetului de medicină de familie pentru "medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență" este modificată (înmulțire cu 3), fără nicio referire explicită la adrenalina injectabilă.	Menționarea explicită a adrenalinei injectabile/autoinjectabile ca element obligatoriu al trusei de urgență finanțate prin această formulă, în corelare cu obligația deja existentă la art. 6 lit. d) din Legea 4/2021 pentru cabinetele individuale de medicină. La pct. 17 din anexa nr. 6, art. 7, după sintagma „medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență” se introduce prevederea: "Trusa de urgență include obligatoriu adrenalină injectabilă și/sau autoinjectabilă, în condițiile prevăzute de legislația în vigoare."	Proiectul modifică deja finanțarea trusei de urgență a cabinetului de medicină de familie — o simplă corelare textuală cu obligația legală deja în vigoare (deținerea a cel puțin unei doze de adrenalină) nu presupune cost suplimentar semnificativ, dar încheie o inconsecvență între două acte normative care ar trebui să funcționeze împreună.
În anexa 7)la litera B, pct 4, în tabel) &	Pct. 30 și pct. 31 din proiectul de ordin – introducerea consultației de geriatrie și gerontologie în ambulatoriul clinic.	Se completează conținutul consultației cu: „evaluare cognitivă standardizată (Mini-Cog/GPCOG) și evaluarea mersului și echilibrului."	Evaluarea cognitivă și funcțională este o componentă esențială a evaluării geriatrice complete și permite identificarea precoce a declinului cognitiv și a riscului de cădere.

anexa 8, art 3, alin (1), lit b)			
ANEXA Nr. 17 A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULAT ORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE, punctul 2 se modifică tabelul	2. Lista investigațiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară	Tabelul conținând 2. Lista investigațiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară se adaugă după linia 75 o linie nouă: CT torace cu doză redusă • În Anexa nr. 17, lit. A, pct. 1, după poziția 23 „2.10306 Trigliceride serice” se introduc două noi poziții cu următorul cuprins: • Lipoproteina(a) (Lp(a)) - determinare cantitativă (determinare unică pe parcursul vieții adulte) • Troponina I • Troponina cardiacă T ultrasensibilă (hs-cTnT)	• Includerea CT torace cu doză redusă în lista oficială a investigațiilor paraclinice de radiologie și imagistică medicală este pasul administrativ indispensabil pentru ca serviciul să poată fi contractat și decontat de casele de asigurări. Fără această includere, screeningul LDCT nu poate fi implementat în practică, indiferent de prevederile din anexele privind pachetul de servicii preventive. Serviciul este distinct din punct de vedere tehnic de CT toracic standard (doză de radiație semnificativ mai mică, protocol dedicat) și necesită codificare separată pentru raportare și decontare. • Introducerea ApoB și Lp(a) în Anexa 17 este necesară pentru a permite accesul și decontarea acestor investigații în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Lp(a) este recomandată de ghidurile europene pentru determinare cel puțin o dată în viață, pentru identificarea riscului cardiovascular ereditar și reclasificarea riscului cardiovascular. Limitarea la o singură determinare asigură un impact bugetar redus și predictibil. ApoB și Lp(a) completează evaluarea profilului lipidic standard (colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol și trigliceride) și permit o caracterizare mai precisă a riscului cardiovascular. Doi pacienți cu aceeași valoare a LDL-colesterolului, dar cu valori diferite ale ApoB, pot avea riscuri

			cardiovasculare diferite. Introducerea acestor investigații poate îmbunătăți identificarea precoce a persoanelor cu risc cardiovascular crescut și eficiența intervențiilor preventive • NT-proBNP este un marker biologic utilizat în principal pentru diagnosticul și monitorizarea insuficienței cardiace. Au fost incluși pe listele de teste decontate în multe sisteme de sănătate deoarece aduc valoare clinică importantă și pot reduce costurile asociate investigațiilor mai complexe. Principalele motive sunt. Ajută la diagnosticarea insuficienței cardiace, în special la pacienții care se prezintă cu dispnee (lipsă de aer), unde poate fi dificil de diferențiat o cauză cardiacă de una pulmonară. Au o valoare predictivă ridicată: valori scăzute ale BNP/NT-proBNP fac insuficiența cardiacă puțin probabilă, permițând excluderea rapidă a acestei afecțiuni. • Troponina T ultrasensibilă (hs-cTnT) este recomandată de ghidurile ESC și AHA/ACC ca biomarker de primă intenție pentru diagnosticul rapid al sindromului coronarian acut, permițând confirmarea sau excluderea infarctului miocardic în 1–2 ore. De asemenea, este utilizată în evaluarea insuficienței cardiace, împreună cu NT-proBNP, și pentru monitorizarea precoce a
--	--	--	--

			cardiotoxicității la pacienții oncologici tratați cu terapii cu risc cardiovascular.
Anexa 22, pozițiile 216-217	Poz. 216-217 (anexa 22): serviciile de monitorizare specială a pacienților cu risc de anafilaxie sunt centrate exclusiv pe supravegherea intraprocedurală (în timpul administrării unei substanțe alergice), fără o componentă explicită de instruire a pacientului pentru autoadministrare.	Adăugarea, ca element component al serviciilor deja existente (216-217), a instruirii pacientului/apartinătorului pentru utilizarea corectă a dispozitivului de adrenalină autoinjectabilă, fără tarif suplimentar, respectiv introducerea: "instruirea pacientului și/sau a aparținătorului privind utilizarea dispozitivului de adrenalină autoinjectabilă, ca parte a serviciului medical decontat."	Este o adăugire minimă la un serviciu deja decontat, cu rol clar preventiv: instruirea corectă reduce riscul de utilizare greșită sau întârziată a dispozitivului în afara mediului spitalicesc, unde se produce, de fapt, majoritatea episoadelor de anafilaxie.
ANEXA Nr. 22 CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICE ASCĂ CAP. I B4.1. se modifică tabelul	B.4.1. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.	Tabelul conținând B.4.1. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical - se adaugă la linia 102 în pachetul de diagnostic CT torace cu doză redusă.	Includerea CT torace cu doză redusă în pachetul de diagnostic pentru spitalizare de zi oferă o alternativă flexibilă de furnizare a serviciului, în special pentru pacienții care necesită evaluare integrată (consultație pneumologică + CT torace cu doză redusă + evaluare comorbidități) într-un singur episod de îngrijire. Acest format este eficient din punct de vedere al fluxului pacientului, reduce numărul deplasărilor și facilitează implementarea circuitelor rapide de diagnostic pentru nodulii pulmonari suspecti, în conformitate cu ghidurile Fleischner și cu recomandările europene privind gestionarea rezultatelor pozitive la screening.

CAPITOLU L I Pachetul de servicii medicale de bază	B.4.1. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical. Nr.98 Evaluarea extensiei reale a Cancerului mamar luminal A/Cancerului mamar luminal B/Cancerului mamar triplu negativ/ Cancerului mamar her pozitiv/amplificat - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului	Propunem modificarea textului pentru alinierea la terminologia actuală utilizată astfel: Nr. 98 Evaluarea extensiei reale a Cancerului mamar luminal A/Cancerului mamar luminal B/Cancerului mamar triplu negativ/ Cancerului mamar her HER pozitiv/amplificat/low/ultralow/nul - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului	Aliniere terminologie cancer mamar HER la ghidurile internaționale ASCO-CAP 2024-2025, terminologie utilizată de medicii implicați în managementul cancerului mamar.
	Nr.99 Evaluarea statusului clinico- biologic la pacientul cu Cancer mamar luminal A/Cancerul mamar luminal B/Cancerul mamar triplu negativ/Cancerul mamar HER pozitiv/amplificat, în vederea stabilirii strategiei de tratament de către comisia multidisciplinară - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului	Nr. 99 Evaluarea statusului clinico- biologic la pacientul cu Cancer mamar luminal A/Cancerul mamar luminal B/Cancerul mamar triplu negativ/Cancerul mamar HER pozitiv/amplificat/low/ultra-low/nul, în vederea stabilirii strategiei de tratament de către comisia multidisciplinară - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului	Aliniere terminologie cancer mamar HER la ghidurile internaționale ASCO-CAP 2024-2025, terminologie utilizată de medicii implicați în managementul cancerului mamar.
CAPITOLU L IV Pachetul de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească acordat persoanelor	1. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical. Nr. 13 -Evaluarea extensiei reale a Cancerului mamar luminal A/Cancerului mamar luminal B/Cancerului mamar triplu negativ/ Cancerului mamar her pozitiv/amplificat - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului	Propunem modificarea care să reflecte terminologia actuală utilizată, astfel: Nr. 13 - Evaluarea extensiei reale a Cancerului mamar luminal A/Cancerului mamar luminal B/Cancerului mamar triplu negativ/ Cancerului mamar HER pozitiv/amplificat/low/ultra-low/nul - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului Nr.14 - Evaluarea statusului clinico- biologic la pacientă cu Cancer mamar luminal A/Cancerul mamar luminal B/Cancerul mamar triplu	Aliniere terminologie cancer mamar HER la ghidurile internaționale ASCO-CAP 2024-2025, terminologie utilizată de medicii implicați în managementul cancerului mamar.

r care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, 01/07/2024 - CAPITOLUL IV a fost introdus prin Anexă din 27/06/2024.	Nr.14 - Evaluarea statusului clinico- biologic la pacientă cu Cancer mamar luminal A/Cancerul mamar luminal B/Cancerul mamar triplu negativ/Cancerul mamar HER pozitiv/amplificat, în vederea stabilirii strategiei de tratament de către comisia multidisciplinară - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului	negativ/Cancerul mamar HER pozitiv/amplificat/low/ultra-low/nul, în vederea stabilirii strategiei de tratament de către comisia multidisciplinară - se decontează maxim un serviciu/an/pacientă, ulterior diagnosticului	
În anexa nr. 2, alin (3), litera a)	Art. 1, alin (3), litera a) "Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:"	La Art. 1, alin (3), litera a) se ajustează pct. c. 1.3) de la pct. 6 <i>Servicii medicale curative</i> atât de la PACHETUL MINIMAL (Secțiunea A), cât și de la PACHETUL DE BAZĂ (Secțiunea B), după cum urmează :	Proiectul de ordin aduce modificări în modul de acordare a serviciilor medicale pentru managementul bolii cronice de rinichi (BCR), astfel încât să fie acoperite toate situațiile care pot apărea pentru evaluarea inițială,

	c.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi - - 3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; - 10 puncte/consultație fiecare consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații	c.1.3) evaluarea inițială, în două etape, a cazului nou de boală cronică de rinichi - 3 consultații, pentru fiecare etapă din cele două, ce pot fi acordate într-un interval de maxim minimum 3 luni consecutive; - 10 puncte/consultație fiecare consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de minimum 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	diagnostic și management de caz al BCR, în acord cu prevederile ghidului KDIGO. Având în vedere aceste modificări propuse în Anexa nr. 1 (Secțiunea A literele a. și b. de la articolul 1.1.4.4 și paragraful al doilea al Notei de la litera a., respectiv Secțiunea B literele a. și b. de la articolul 1.1.4.4 și paragraful al doilea al Notei de la litera a.), se impune corelarea acestora cu prevederile Anexei nr. 2, în sensul în care este necesară uniformizarea sintagmelor „minimum 3 luni” și „maximum 3 luni” referitoare la perioada desfășurării consultațiilor dedicate evaluării inițiale; totodată este necesară actualizarea distribuirii numărului de consultații în cele două etape ale evaluării inițiale conform propunerilor din Anexa 1.
Anexa nr. 1 la litera A, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.2.	1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2 a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA, greutate, talie, indicele de masă corporală (IMC), recomandare pentru consultație de	1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2 a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet	• Motivație în sprijinul includerii Lp(a): Ghidurile internaționale (EAS, AHA, ADA, HEART UK 2025) recomandă măsurarea Lp(a) pentru identificarea pacienților cu risc cardiovascular înalt mascat, permițând inițierea precoce sau intensificarea terapiei. [1,2] • Motivație în sprijinul includerii NT-proBNP Diabetul zaharat de tip 2 crește riscul de a dezvolta insuficiență cardiacă (IC) de 2–4 ori [1, 2]. Pentru identificarea IC asimptomatici (Stadiul B) și prevenirea progresiei spre boală simptomatică (Stadiul C), ghidurile

	specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e), determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate. Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.	zaharat tip 2, măsurarea TA, greutate, talie, indicele de masă corporală (IMC), recomandare pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e), determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG, NT-pro BNP pentru pacienții cu suspiciune clinică de insuficiență cardiacă, precum și determinarea o singură dată în viață a Lipoproteinei (a) – Lp(a) pentru adulții evaluați pentru risc cardiovascular Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate. Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice – TA (valorile țintă pentru majoritatea pacienților sunt < 130/80), colesterol (intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite conform categoriei de risc cardiovascular a persoanei respective și recomandărilor ghidurilor clinice în vigoare), glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.	internaționale și strategiile naționale recomandă evaluarea biomarkerilor natriurețici (NT-proBNP), utilizând valoarea prag de 125 pg/ml [4,5,6]: - Ghidurile ADA (2022/2024) indică luarea în considerare a screeningului anual prin determinarea peptidelor natriuretice la adulții cu diabet, urmat de ecocardiografie în cazul valorilor anormale, pentru depistarea precoce și inițierea sau optimizarea tratamentului cardioprotector [1, 2, 3]. - Ghidul AHA/ACC/HFSA (2022) susține utilitatea screeningului bazat pe biomarkeri la persoanele aflate la risc, urmat de îngrijire multidisciplinară pentru prevenirea disfuncției ventriculare stângi [7]. - Ghidul ESC (2023 - Diabet & BVC și Strategia Națională pentru Combaterea Bolilor Cardiovasculare și Cerebrovasculare (SNBCC 2025–2030) recomandă evaluarea sistematică a semnelor/simptomelor și dozarea NT-proBNP la suspiciunea clinică (pragul de 125 pg/ml fiind utilizat pentru a exclude IC), menționând totodată valoarea scorurilor de risc bazate pe biomarkeri (cum este scorul WATCH-DM combinat cu NT-proBNP) pentru predicția pe termen lung a riscului de IC la pacienții cu diabet [8,9].
--	---	---	--

Anexa nr. 1 la litera A, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.2., lit. b și NOTA (criterii de încadrare în grad de risc)	b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicației, după caz. NOTĂ: Criterii de încadrare în nivel de risc: Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1; Risc moderat: Pacienți tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alți factori de risc; Risc SCORE calculat $\geq$ 1% și < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2; Risc înalt: Persoane cu: - Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA $\geq$ 180/110 mmHg; - Pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc; - Pacienți cu DZ fără afectare de organ țintă, cu o durată a DZ $\geq$ 10 ani sau alt factor de risc adițional; - BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m²); - Risc SCORE calculat 5% și < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani. Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele: - BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială),	b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii -screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicației în vederea atingerii țintelor recomandate de ghidurile internaționale (ex.valori țintă de TA <130/80 în majoritatea cazurilor) sau după caz prin trimiterea către cardiolog/medic de medicina internă. NOTĂ Criterii de încadrare în nivelul de risc cardiovascular în conformitate cu ghidurile ESC/EAS actualizate și cu sistemele SCORE2 și SCORE2-OP Risc scăzut până la moderat Persoane aparent sănătoase, fără boală cardiovasculară aterosclerotică documentată, diabet zaharat, boală cronică de rinichi sau hipercolesterolemie familială, care prezintă: • SCORE2 < 2,5% la persoanele cu vârsta sub 50 ani; • SCORE2 < 5% la persoanele cu vârsta între 50-69 ani; • SCORE2-OP < 7,5% la persoanele cu vârsta de 70 ani și peste. Risc înalt Persoane care prezintă oricare dintre următoarele: • LDL-C >190 mg/dL; • trigliceride >310 mg/dL; • tensiune arterială $\geq$180/110 mmHg; • hipercolesterolemie familială fără alți factori majori de risc;	Sistemul SCORE a fost înlocuit la nivel european, începând din 2021, de SCORE2 și SCORE2-OP, care oferă o estimare mai precisă a riscului cardiovascular și acoperă și segmentul de vârstă 70-89 ani, nereprezentat de modelul anterior; actualizarea evită clasificarea eronată a riscului pacienților pe baza unui instrument retras din uz. Introducerea trimiterii către cardiolog/medic internist pentru pacienții care nu ating țintele terapeutice recomandate asigură continuitatea îngrijirii. Sistemele SCORE2 și SCORE2-OP pot fi consultate la următorul link: https://www.heartscore.org/en_GB/.
--	--	---	---

	accident vascular cerebral și AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană; - DZ cu afectare de organ țintă sau cel puțin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce și durată lungă (> 20 de ani); - BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m²); - Risc SCORE calculat >= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; - FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major. Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulții fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidențe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).	• diabet zaharat fără afectare de organ-țintă, cu durată ≥10 ani sau asociat cu cel puțin un factor de risc suplimentar; • boală cronică de rinichi moderată (RFGe 30-59 ml/min/1,73 m²); • SCORE2 între 2,5% și <7,5% la persoanele cu vârstă sub 50 ani; • SCORE2 între 5% și <10% la persoanele cu vârstă între 50-69 ani; • SCORE2-OP între 7,5% și <15% la persoanele cu vârstă de 70 ani și peste. Risc foarte înalt Persoane care prezintă oricare dintre următoarele: • boală cardiovasculară aterosclerotică documentată clinic sau imagistic; • diabet zaharat cu afectare de organ-țintă sau asociat cu cel puțin 3 factori majori de risc; • boală cronică de rinichi severă (RFGe <30 ml/min/1,73 m²); • hipercolesterolemie familială asociată cu boală cardiovasculară aterosclerotică sau cu alt factor major de risc; • SCORE2 ≥7,5% la persoanele cu vârstă sub 50 ani; • SCORE2 ≥10% la persoanele cu vârstă între 50-69 ani; • SCORE2-OP ≥15% la persoanele cu vârstă de 70 ani și peste. Estimarea riscului cardiovascular total prin SCORE2 și SCORE2-OP se recomandă la adulții aparent sănătoși, fără boală cardiovasculară cunoscută, diabet zaharat, boală cronică de rinichi, hipercolesterolemie familială sau valori LDL-C >190 mg/dL.	
--	---	--	--

Anexa nr. 1 la litera B, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.2.	1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2 a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA, greutate, talie, indicele de masă corporală (IMC), recomandare pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG), determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate. Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.	1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2 a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA, greutate, talie, indicele de masă corporală (IMC), recomandare pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG), determinarea Raport albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG, NT-proBNP (în contextul suspiciunii clinice de insuficiență cardiacă). Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate. Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de	Includerea NT-proBNP în panelul de investigații permite identificarea precoce a insuficienței cardiace la nivelul asistenței medicale primare, în special la pacienții cu factori de risc cardiovascular deja cunoscuți (HTA, DZ tip 2, boală cronică de rinichi), reducând întârzierile de diagnostic. Specificarea țintei de TA <130/80 mmHg și corelarea țintei de colesterol cu nivelul individual de risc cardiovascular (SCORE2/SCORE2-OP) aliniază Normele la recomandările actuale ale ghidurilor ESC/ESH.
---	---	---	--

		reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice – TA (valorile țintă pentru majoritatea pacienților sunt < 130/80), colesterol (intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite conform categoriei de risc cardiovascular a persoanei respective și recomandărilor ghidurilor clinice în vigoare)), glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.	
Anexa nr. 1 la litera B, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.2., lit.b și NOTA (criterii de încadrare în grad de risc)	b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicației, după caz. NOTĂ: Criterii de încadrare în nivel de risc: Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1; Risc moderat: Pacienți tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alți factori de risc; Risc SCORE calculat >= 1% și < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2; Risc înalt: Persoane cu: - Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA ≥/= 180/110 mmHg; - Pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc; - Pacienți cu DZ fără afectare de organ țintă, cu o durată a DZ ≥/= 10 ani sau alt factor de risc adițional; - BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m²);	NOTĂ Criterii de încadrare în nivelul de risc cardiovascular în conformitate cu ghidurile ESC/EAS actualizate și cu sistemele SCORE2 și SCORE2-OP Risc scăzut până la moderat Persoane aparent sănătoase, fără boală cardiovasculară aterosclerotică documentată, diabet zaharat, boală cronică de rinichi sau hipercolesterolemie familială, care prezintă: • SCORE2 < 2,5% la persoanele cu vârsta sub 50 ani; • SCORE2 < 5% la persoanele cu vârsta între 50-69 ani; • SCORE2-OP < 7,5% la persoanele cu vârsta de 70 ani și peste. Risc înalt Persoane care prezintă oricare dintre următoarele: • LDL-C >190 mg/dL; • trigliceride >310 mg/dL; • tensiune arterială ≥180/110 mmHg; • hipercolesterolemie familială fără alți factori majori de risc;	Sistemul SCORE a fost înlocuit la nivel european, începând din 2021, de SCORE2 și SCORE2-OP, care oferă o estimare mai precisă a riscului cardiovascular și acoperă și segmentul de vârstă 70-89 ani, nereprezentat de modelul anterior; actualizarea evită clasificarea eronată a riscului pacienților pe baza unui instrument retras din uz. Introducerea trimerii către cardiolog/medic internist pentru pacienții care nu ating țintele terapeutice recomandate asigură continuitatea îngrijirii. Sistemele SCORE2 și SCORE2-OP pot fi consultate la următorul link: https://www.heartscore.org/en_GB/

	- Risc SCORE calculat 5% și < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani. Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele: - BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral și AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană; - DZ cu afectare de organ țintă sau cel puțin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce și durată lungă (> 20 de ani); - BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m²); - Risc SCORE calculat >= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; - FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major. Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulții fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidențe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).	• diabet zaharat fără afectare de organ-țintă, cu durată ≥10 ani sau asociat cu cel puțin un factor de risc suplimentar; • boală cronică de rinichi moderată (RFGe 30-59 ml/min/1,73 m²); • SCORE2 între 2,5% și <7,5% la persoanele cu vârsta sub 50 ani; • SCORE2 între 5% și <10% la persoanele cu vârsta între 50-69 ani; • SCORE2-OP între 7,5% și <15% la persoanele cu vârsta de 70 ani și peste. Risc foarte înalt Persoane care prezintă oricare dintre următoarele: • boală cardiovasculară aterosclerotică documentată clinic sau imagistic; • diabet zaharat cu afectare de organ-țintă sau asociat cu cel puțin 3 factori majori de risc; • boală cronică de rinichi severă (RFGe <30 ml/min/1,73 m²); • hipercolesterolemie familială asociată cu boală cardiovasculară aterosclerotică sau cu alt factor major de risc; • SCORE2 ≥7,5% la persoanele cu vârsta sub 50 ani; • SCORE2 ≥10% la persoanele cu vârsta între 50-69 ani; • SCORE2-OP ≥15% la persoanele cu vârsta de 70 ani și peste. Estimarea riscului cardiovascular total prin SCORE2 și SCORE2-OP se recomandă la adulții aparent sănătoși, fără boală cardiovasculară cunoscută, diabet zaharat, boală cronică de rinichi, hipercolesterolemie familială sau valori LDL-C >190 mg/dL.	
--	---	---	--

Anexa nr. 1, A, la litera B, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.3., lit. A, punctele a.2. și a.2.1. se modifică	a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii: a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)	a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, prevenirea exacerbărilor și reducerea mortalității cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii conform recomandărilor GOLD 2026. a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și a riscului de exacerbări utilizând chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor conform International Primary Care Respiratory Group (clasele de risc ABE GOLD)	Pacienții cu BPOC se confruntă cu o povară clinică importantă, exacerbările reprezentând un element central al evoluției bolii și al agravării prognosticului. Datele disponibile arată faptul că și o singură exacerbare moderată este asociată cu o creștere a riscului de deces cu 17%, iar riscul de deces crește cu 80% după două exacerbări moderate într-un interval de un an. În acest context, actualizarea țintei terapeutice astfel încât să includă în mod explicit, alături de controlul simptomelor, prevenirea exacerbărilor și reducerea mortalității, reflectă mai fidel recomandările GOLD 2026 și obiectivele actuale ale managementului BPOC. Totodată, managementul farmacologic în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și a riscului de exacerbare, inclusiv prin utilizarea unui instrument standardizat precum chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor al International Primary Care Respiratory Group, contribuie la o încadrare mai consecventă a pacienților în clasele de risc ABE GOLD și la o conduită terapeutică mai oportună. Chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor conform International Primary Care Respiratory Group poate fi regăsit la https://www.ipcrg.org/resources/search-resources/flare-up-checklist-infographic.
Anexa nr. 1, A, la litera B, punctul	b. Pentru BPOC, ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.	b. Pentru BPOC, ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor și reducerea mortalității cu mijloace terapeutice	Pacienții cu BPOC se confruntă cu o povară clinică importantă, exacerbarile reprezentând un element central al evoluției bolii și al agravării prognosticului bolii. Datele disponibile arată faptul că și o singură

1.1.4., subpunctul 1.1.4.3., lit. B, punctul b se modifică	Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; recomandare, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/ nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații: - pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune - incertitudine diagnostic.	adecvate stadiului bolii conform recomandărilor GOLD 2026. Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC utilizând chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor conform International Primary Care Respiratory Group; prezența unui diagnostic de boală cardiovasculară trebuie evaluată la fiecare pacient cu BPOC conform recomandărilor GOLD 2026; recomandare, în funcție de severitate și istoricul de exacerbări - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/ nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații: - pentru BPOC, la pacienții cu forme moderate până la severe de boală (VEMS < 80% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau istoric de exacerbări frecvente (cel puțin o	exacerbare moderată este asociată cu o creștere a riscului de deces cu 17%, iar riscul de deces crește cu 80% după două exacerbări moderate într-un interval de un an. În România, peste 30% dintre cazurile spitalizate cu diagnostic principal de BPOC s-au prezentat cu exacerbare acută. În acest context, criteriul actualizat privind istoricul de exacerbări, respectiv cel puțin o exacerbare moderată sau severă în ultimele 12 luni, sub tratament de fond, reflectă abordarea GOLD 2026 centrată pe risc și permite intensificarea tratamentului sau trimiterea la specialist într-un moment mai oportun. Totodată, chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor al International Primary Care Respiratory Group oferă medicului de familie un instrument standardizat și validat pentru evaluarea riscului de exacerbare. Această abordare este relevantă nu doar pentru controlul simptomelor și prevenirea agravărilor, ci și pentru obiective terapeutice majore precum reducerea mortalității, în concordanță cu orientarea actuală a managementului BPOC către prevenirea exacerbărilor, limitarea deteriorării clinice și îmbunătățirea prognosticului bolii. În același timp, pacienții cu BPOC prezintă un risc cardiovascular semnificativ crescut, această comorbiditate fiind frecvent subdiagnosticată, deși are un impact major asupra prognosticului și mortalității. Exacerbările depășesc sfera pulmonară și sunt asociate cu o creștere importantă a riscului de complicații cardiovasculare și
--	---	---	--

		exacerbare moderată sau severă în ultimele 12 luni sub tratamentul de fond conform GOLD 2026) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune - incertitudine diagnostic.	deces: riscul de infarct miocardic se dublează în primele 5 zile după o exacerbare moderată, iar până la 39% dintre decesele asociate BPOC sunt cauzate de boli cardiovasculare. În plus, peste 50% dintre pacienții spitalizați ca urmare a unei exacerbări decedează în primii 5 ani după spitalizare. În acest context, GOLD 2026 recomandă explicit integrarea reducerii riscului cardiovascular în obiectivele terapeutice ale managementului BPOC. Referirea directă la GOLD 2026 asigură alinierea continuă a Normelor la cea mai recentă ediție a ghidului internațional de referință. De asemenea, actualizarea pragului VEMS pentru trimiterea către pneumolog, de la <50% la <80% din valoarea prezisă, permite orientarea pacientului către specialist într-un stadiu mai precoce al bolii, când intervenția terapeutică poate influența mai eficient evoluția clinică. Această abordare are relevanță nu doar clinică, ci și economică, având în vedere că analiza Societății Române de Pneumologie arată că povara BPOC asupra sistemului de sănătate este determinată în mare măsură de exacerbări și spitalizări, pentru care în anul 2023 au fost alocate aproximativ 264 milioane lei. În acest context, identificarea și intervenția mai precoce pot contribui la reducerea exacerbărilor, a spitalizărilor, a consumului de resurse asociat și, implicit, la atingerea obiectivului terapeutic de reducere a mortalității.
--	--	--	---

Anexa nr. 1, A, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.3., lit. a se modifică	1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC: a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și recomandare pentru inițierea terapiei. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; recomandare pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.	1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC: a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și recomandare pentru inițierea terapiei. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; recomandare pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară, CT torace cu doză redusă; recomandare pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.	BPOC și cancerul bronhopulmonar au aceiași factori de risc, iar pacienții cu BPOC au un risc de 2–6 ori mai mare de a dezvolta cancer pulmonar. Cancerul bronhopulmonar este principala cauză de deces prin cancer în România (peste 11.000 decese/an), cu peste 70% dintre cazuri diagnosticate tardiv (supraviețuire la 5 ani sub 10%, față de peste 70% în stadiul I). Diagnosticul de BPOC reprezintă momentul optim pentru stratificarea riscului oncologic și inițierea screeningului pulmonar. CT torace cu doză redusă (LDCT) este singura metodă de screening pulmonar cu eficacitate demonstrată (reducere a mortalității cu 20–33% – studiile NLST și NELSON), cu sensibilitate superioară radiografiei și doză redusă de radiație (<1,5 mSv). Introducerea sa este conformă cu Recomandarea Consiliului UE din 9 decembrie 2022, Planul European de Combatere a Cancerului și Planul Național de Combatere și Control al Cancerului (Legea 293/2022).
Anexa nr. 1, B, la litera B, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.3., lit. B, punctele a.2. și	a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii: a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)	a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, prevenirea exacerbărilor și reducerea mortalității cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii conform recomandărilor GOLD 2026: a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și riscului de exacerbări utilizând chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor conform International Primary	Pacienții cu BPOC se confruntă cu o povară clinică importantă, exacerbările reprezentând un element central al evoluției bolii și al agravării prognosticului. Datele disponibile arată faptul că și o singură exacerbare moderată este asociată cu o creștere a riscului de deces cu 17%, iar riscul de deces crește cu 80% după două exacerbări moderate într-un interval de un an. În acest context, actualizarea țintei terapeutice astfel încât să includă în mod explicit, alături de controlul

a.2.1. se modifică		Care Respiratory Group. (clasele de risc ABE GOLD).	simptomelor, prevenirea exacerbărilor și reducerea mortalității, reflectă mai fidel recomandările GOLD 2026 și obiectivele actuale ale managementului BPOC. Totodată, managementul farmacologic în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și a riscului de exacerbare, inclusiv prin utilizarea unui instrument standardizat precum chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor al International Primary Care Respiratory Group, contribuie la o încadrare mai consecventă a pacienților în clasele de risc ABE GOLD și la o conduită terapeutică mai oportună. Chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor conform International Primary Care Respiratory Group poate fi regăsit la https://www.ipcrg.org/resources/search-resources/flare-up-checklist-infographic.
Anexa nr. 1, B, la litera B, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.3., lit. B, punctul b se modifică	b. Pentru BPOC - ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor. Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere – management de caz, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/ nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere – management de caz - pentru	b. Pentru BPOC, ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor și reducerea mortalității cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii conform recomandărilor GOLD 2026. Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC utilizând chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor conform International Primary Care Respiratory	Pacienții cu BPOC se confruntă cu o povară clinică importantă, exacerbările reprezentând un element central al evoluției bolii și al agravării prognosticului bolii. Datele disponibile arată faptul că și o singură exacerbare moderată este asociată cu o creștere a riscului de deces cu 17%, iar riscul de deces crește cu 80% după două exacerbări moderate într-un interval de un an. În România, peste 30% dintre cazurile spitalizate cu diagnostic principal de BPOC s-au prezentat cu exacerbare acută. În acest context, criteriul actualizat privind istoricul de exacerbări, respectiv cel puțin o exacerbare moderată sau severă în ultimele 12 luni, sub tratament de fond, reflectă abordarea GOLD 2026 centrată pe risc și

	evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații: - pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune -incertitudine diagnostic.	Group; prezența unui diagnostic de boală cardiovasculară trebuie evaluată la fiecare pacient cu BPOC conform recomandarilor GOLD 2026; bilet de trimitere – management de caz, în funcție de severitate și istoricul de exacerbări - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/ nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere – management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații: - pentru BPOC, la pacienții cu forme moderate până la severe de boală (VEMS < 80% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau istoric de exacerbări frecvente (cel puțin o exacerbare moderată sau severă în ultimele 12 luni sub tratamentul de fond conform GOLD 2026) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune - incertitudine diagnostic.	permite intensificarea tratamentului sau trimiterea la specialist într-un moment mai oportun. Totodată, chestionarul internațional de verificare a exacerbărilor al International Primary Care Respiratory Group oferă medicului de familie un instrument standardizat și validat pentru evaluarea riscului de exacerbare. Această abordare este relevantă nu doar pentru controlul simptomelor și prevenirea agravărilor, ci și pentru obiective terapeutice majore precum reducerea mortalității, în concordanță cu orientarea actuală a managementului BPOC către prevenirea exacerbărilor, limitarea deteriorării clinice și îmbunătățirea prognosticului bolii. În același timp, pacienții cu BPOC prezintă un risc cardiovascular semnificativ crescut, această comorbiditate fiind frecvent subdiagnosticată, deși are un impact major asupra prognosticului și mortalității. Exacerbările depășesc sfera pulmonară și sunt asociate cu o creștere importantă a riscului de complicații cardiovasculare și deces: riscul de infarct miocardic se dublează în primele 5 zile după o exacerbare moderată, iar până la 39% dintre decesele asociate BPOC sunt cauzate de boli cardiovasculare. În plus, peste 50% dintre pacienții spitalizați ca urmare a unei exacerbări decedază în primii 5 ani după spitalizare. În acest context, GOLD 2026 recomandă explicit integrarea reducerii riscului cardiovascular în obiectivele terapeutice ale managementului BPOC. Referirea directă la GOLD 2026 asigură alinierea continuă a Normelor
--	---	---	--

			la cea mai recentă ediție a ghidului internațional de referință. De asemenea, actualizarea pragului VEMS pentru trimiterea către pneumolog, de la <50% la <80% din valoarea prezisă, permite orientarea pacientului către specialist într-un stadiu mai precoce al bolii, când intervenția terapeutică poate influența mai eficient evoluția clinică. Această abordare are relevanță nu doar clinică, ci și economică, având în vedere că analiza Societății Române de Pneumologie arată că povara BPOC asupra sistemului de sănătate este determinată în mare măsură de exacerbări și spitalizări, pentru care în anul 2023 au fost alocate aproximativ 264 milioane lei. În acest context, identificarea și intervenția mai precoce pot contribui la reducerea exacerbărilor, a spitalizărilor, a consumului de resurse asociat și, implicit, la atingerea obiectivului terapeutic de reducere a mortalității. Ghidul GOLD 2026 poate fi consultat la acest link: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2026/01/GOLD-REPORT-2026-v1.3-8Dec2025_WMV2.pdf.
Anexa nr. 1, B, punctul 1.1.4., subpunctul 1.1.4.3., lit.	1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC: a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și recomandare pentru inițierea terapiei. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie; inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea	1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC: a. evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și recomandare pentru inițierea terapiei. Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de	BPOC și cancerul bronhopulmonar au aceiași factori de risc, iar pacienții cu BPOC au un risc de 2–6 ori mai mare de a dezvolta cancer pulmonar. Cancerul bronhopulmonar este principala cauză de deces prin cancer în România (peste 11.000 decese/an), cu peste 70% dintre cazuri diagnosticate tardiv (supraviețuire la 5 ani sub 10%, față de peste 70% în stadiul I). Diagnosticul de BPOC reprezintă momentul optim pentru

a se modifica	semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; recomandare pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.	familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; recomandare pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară, CT torace cu doză redusă ; recomandare pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.	stratificarea riscului oncologic și inițierea screeningului pulmonar. CT torace cu doză redusă (LDCT) este singura metodă de screening pulmonar cu eficacitate demonstrată (reducere a mortalității cu 20–33% – studiile NLST și NELSON), cu sensibilitate superioară radiografiei și doză redusă de radiație (<1,5 mSv). Introducerea sa este conformă cu Recomandarea Consiliului UE din 9 decembrie 2022, Planul European de Combatere a Cancerului și Planul Național de Combatere și Control al Cancerului (Legea 293/2022).
În anexa nr. 7, la litera B, pct 1.7, Nota de sub tavel	În cazul procedurilor în cadrul cărora se recoltează material biptic, materialul biptic recoltat va fi în cantitate suficientă pentru efectuarea tuturor examenelor histopatologice, imunohistochimice și pentru efectuarea examenelor de biologie moleculară sau genetică, după caz.	În cazul procedurilor în cadrul cărora se recoltează material biptic, materialul biptic recoltat va fi în cantitate suficientă pentru efectuarea tuturor examenelor histopatologice, imunohistochimice și pentru efectuarea examenelor de biologie moleculară sau genetică, după caz. Atunci când medicul curant sau medicul de anatomie patologică apreciază că stabilirea diagnosticului complet, diagnosticul diferențial, stadializarea moleculară sau stabilirea eligibilității terapeutice necesită testare moleculară/genetică, furnizorul va consemna această necesitate în documentele medicale și va asigura, după caz, transmiterea materialului biologic către un laborator eligibil, cu respectarea standardelor de calitate, trasabilitate și consimțământ informat.	Măsura propusă este pozitiv, dar trebuie corelată cu un traseu clar pentru efectuarea testărilor moleculare/genetice. În oncologie și hemato-oncologie, decizia terapeutică este tot mai frecvent dependentă de identificarea biomarkerilor relevanți, iar lipsa unei prevederi explicite privind procesarea, conservarea și transmiterea probei poate conduce la pierderea materialului biologic, rebiopsiere, întâzieri în diagnostic și acces inegal între centre. Propunerea consolidează calitatea actului diagnostic și continuitatea traseului pacientului, fără referire la produse, DCI-uri sau mărci comerciale.
În anexa nr. 7, lit B, pct 1.7, lit G, subpct 4	Art. II pct. 23 și pct. 25; „Educație terapeutică și nutrițională a pacientului cu diabet zaharat *****.” și „Serviciile medicale pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de	Text de adăugat: „Educație terapeutică și nutrițională a pacientului cu diabet zaharat *****.” și „Serviciile medicale pot fi acordate și la distanță, prin orice	Impact / justificare: Impact direct, ridicat asupra accesului la monitorizare și educație în diabet. Sintagma „prin orice mijloace” trebuie însoțită de reguli minime de documentare și protecție a datelor, fără a face din prezența fizică o condiție

și nota de sub tabel ****	comunicare ... cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar..."	mijloace de comunicare ... cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar... Serviciile de educație terapeutică și nutrițională și de interpretare a datelor dispozitivelor pot fi acordate la distanță, inclusiv prin comunicare sincronă sau prin analiză asincronă a datelor transmise electronic. În fișa pacientului se consemnează data, mijlocul de comunicare, durata sau intervalul de analiză, datele clinice relevante, recomandările și, după caz, acordul pacientului. Prezența fizică se solicită numai atunci când este necesară din punct de vedere clinic."	administrativă pentru un serviciu care poate fi realizat pe baza datelor disponibile. Corelare: Anexa nr. 8, art. 3 și regulile generale privind consultațiile la distanță. Se recomandă aceeași terminologie pentru servicii sincron/asincron în toate anexele.
Anexa nr. 7	Pentru același episod de boala acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se decontează maximum 3 consultații pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultații, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de către medicul de specialitate din specialitățile clinice.	De adaugă o excepție, în cazul tratamentelor prescrise cu medicamentele prevăzute în tabelele II și III din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupeficante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, se pot deconta mai multe consultații necesare respectării indicațiilor privind modul de administrare și monitorizare a pacienților, conform rezumatului caracteristicilor produsului și situației clinice a pacientului.	Limita generală de 3 consultații poate fi insuficientă în situațiile în care tratamentele aflate sub incidența Legii nr. 339/2005 necesită monitorizare mai frecventă sau prescriere fracționată. În lipsa unei excepții, medicii pot fi constrânși să prescrie cantități mai mari pe o singură rețetă, ceea ce poate crește riscul operational și de siguranță pentru pacient. Propunerea permite corelarea numărului de consultații cu cerințele RCP și legislația aplicabilă pentru tratamentele aflate sub regim special.
Anexa nr. 7	"Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună"	Se adaugă o excepție: "Prin excepție, pentru pacienții cu afecțiuni cronice cărora li se prescriu tratamente cu medicamente prevăzute în tabelele II și III din anexa la Legea nr. 339/2005, se pot deconta consultații suplimentare față de limita generală,	Pentru pacienții cronici, limita actuală poate să nu acopere situațiile în care siguranța tratamentului impune evaluare mai frecventă, ajustare de doză sau prescriere fracționată. Propunerea nu creează un drept general nelimitat la consultații, ci introduce o excepție justificată medical și reglementară

		atunci când acestea sunt necesare pentru monitorizarea tratamentului, ajustarea dozelor, prescrierea fracționată sau respectarea indicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului.”	pentru tratamente cu profil special de control și monitorizare. Aceasta susține siguranța pacientului, trasabilitatea tratamentului și utilizarea corectă a medicamentelor aflate sub regim special.
Anexa nr. 7, litera B, punctul 1.7.	În cazul procedurilor în cadrul cărora se recoltează material bioptic, materialul bioptic recoltat va fi în cantitate suficientă pentru efectuarea tuturor examenelor histopatologice, imunohistochimice, și pentru efectuarea examenelor de biologie moleculară sau genetică, după caz.	În cazul procedurilor în cadrul cărora se recoltează material bioptic, materialul bioptic recoltat va fi în cantitate suficientă pentru efectuarea tuturor examenelor histopatologice, imunohistochimice, și pentru efectuarea examenelor de biologie moleculară sau genetică, după caz, cu respectarea obligatorie a unui protocol minim standardizat de trasabilitate pre-analitică, specific în funcție de localizare.	Variabilitatea în faza pre-analitică este principala cauză a rezultatelor fals-negative sau a testelor neconcludente. Pentru a asigura premisele calitative necesare prelevării stipulate, propunem completarea normelor cu un protocol minim standardizat de trasabilitate pre-analitică, obligatoriu pentru toți furnizorii care recoltează și manevrează material bioptic.
Anexa 8, Art. 3, alin (1), lit c) si d)	Art. II pct. 31-35 „Pentru specialitățile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate nu poate depăși ...” și „se pot deconta lunar ... servicii medicale corespunzătoare unui punctaj ... în condițiile în care numărul de consultații ... este mai mic sau egal cu ...”	Se adaugă: „La stabilirea limitelor de consultații și punctajelor prevăzute la prezentul articol nu se includ ca simple consultații serviciile medicale standardizate de interpretare a datelor dispozitivelor de monitorizare a diabetului și de educație terapeutică și nutrițională prevăzute la anexa nr. 7, lit. B pct. 1.7, lit. A subpct. 19 și lit. G subpct. 4, inclusiv atunci când sunt acordate la distanță. Aceste servicii se evidențiază și se decontează distinct, în condițiile prevăzute în anexă.”	Dacă serviciile diagnostice și educaționale sunt absorbite în limitele generale de consultații, furnizorii pot evita acordarea lor sau le pot limita nejustificat, deși ele susțin prevenirea decompensărilor și a spitalizărilor. Efect urmărit: Separarea corectă a serviciului medical de consultația standard și menținerea accesului la monitorizare specializată.
Anexa nr. 17	Un set cuprinde 1–4 teste și se decontează maximum 2 seturi; se efectuează la recomandarea medicilor de specialitate din specialitățile oncologie, hematologie și dermatovenerologie sau fără recomandarea medicului specialist, pe răspunderea medicului de specialitate anatomie patologică, atunci când acesta apreciază că testarea este necesară pentru stabilirea diagnosticului.	Un set cuprinde 1–4 teste și se decontează maximum 2 seturi pentru testele imunohistochimice. În situațiile în care diagnosticul complet, diagnosticul diferențial, stadializarea moleculară sau stabilirea eligibilității pentru tratament personalizat necesită teste de biologie moleculară/genetică efectuate din material tumoral, acestea se pot	Limitarea explicită la testele imunohistochimice nu răspunde complet nevoilor actuale de diagnostic în medicina personalizată. În mai multe patologii oncologice și hemato-oncologice, stabilirea conduitei terapeutice poate necesita testare moleculară sau genetică, nu doar imunohistochimie. Lipsa unei clarificări

		recomanda de medicii de specialitate oncologie medicală, hematologie, urologie, pneumologie, gastroenterologie, dermatovenerologie, anatomie patologică sau genetică medicală, după caz, în conformitate cu ghidurile clinice și protocoalele terapeutice aplicabile.	privind medicii care pot recomanda aceste investigații poate conduce la practică neunitară, întâzieri în efectuarea testelor și acces inegal la decizia terapeutică adecvată.
Anexa nr. 17	80^2. NT-Pro BNP	NT-proBNP se poate recomanda pentru evaluarea pacienților cu suspiciune de insuficiență cardiacă, hipertensiune pulmonară/hipertensiune arterială pulmonară, pentru stratificarea riscului, evaluarea severității bolii și monitorizarea evoluției clinice, la recomandarea medicului specialist cardiologie, pneumologie, medicină internă, reumatologie sau a medicului din centrele care diagnostichează și monitorizează pacienții cu hipertensiune pulmonară, după caz.	Introducerea NT-proBNP este o măsură importantă, însă, fără precizarea indicațiilor, poate exista aplicare neunitară între case de asigurări, centre și specialități. Ghidurile ESC/ERS 2022 pentru diagnosticul și tratamentul hipertensiunii pulmonare includ biomarkerii biochimici în evaluarea severității și riscului la pacienții cu hipertensiune arterială pulmonară. Clarificarea indicațiilor de recomandare este necesară pentru acces uniform, monitorizare corectă și evitarea interpretării restrictive la decontare.
Anexa nr. 17	„Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice”	Se introduce o nouă poziție în Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator, cu următorul cuprins: „Teste de tip IGRA (interferon-gamma release assays): QuantiFERON TB Gold sau testul cutanat la tuberculină (TCT) sau metodă echivalentă validată. Indicație de rambursare: pacienți cu boli imunologice/inflamatorii cronice care necesită evaluare înainte de inițierea tratamentelor biologice, țintite sau a altor tratamente cu efect imunomodulator/imunosupresor; pacienți aflați în monitorizare, conform recomandării medicului specialist și ghidurilor/protocoalelor aplicabile.”	Propunerea urmărește includerea testării pentru infecția tuberculoasă latentă în lista investigațiilor paraclinice de laborator decontate pentru pacienții cu boli imunologice/inflamatorii cronice care urmează să inițieze tratamente biologice, țintite sau alte tratamente cu efect imunomodulator/imunosupresor. Recomandările 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases prevăd screeningul pentru tuberculoză latentă înaintea inițierii tratamentelor biologice/țintite, iar testele de tip interferon-gamma release assay sunt preferate față de testul cutanat la tuberculină acolo unde sunt

			disponibile. Rambursarea acestor investigații este justificată ca măsură de siguranță pre-terapeutică, pentru reducerea riscului infecțios, standardizarea evaluării pacienților înainte de inițierea tratamentelor imunomodulatoare și evitarea dependenței de plata directă de către pacient.
Anexa nr. 17	„Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice”	Se introduce o nouă poziție în Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator, cu următorul cuprins: „Calprotectina fecală. Indicație de rambursare: pacienți cu suspiciune de boală inflamatorie intestinală; pacienți diagnosticați cu boală inflamatorie intestinală, pentru evaluarea activității bolii și monitorizarea răspunsului la tratament; pacienți aflați în monitorizare conform recomandării medicului specialist gastroenterolog.”	Propunerea urmărește includerea/clarificarea rambursării calprotectinei fecale în lista investigațiilor paraclinice de laborator decontate în ambulatoriul de specialitate, pentru pacienții cu suspiciune sau diagnostic de boală inflamatorie intestinală, ECCO E-Guide, Biomarkers menționează că markerii fecali, inclusiv calprotectina, pot fi utilizați pentru ghidarea terapiei, urmărirea pe termen scurt și estimarea riscului de recădere clinică, iar calprotectina fecală poate ajuta la diferențierea bolii Crohn de sindromul de intestin iritabil. Aceeași sursă menționează că markerii fecali reflectă inflamația intestinală și că, în boala Crohn cunoscută, calprotectina are valoare predictivă pozitivă de peste 90% pentru boala endoscopic activă. Rambursarea predictibilă a calprotectinei fecale prin ambulatoriul de specialitate ar sprijini diagnosticul diferențial, monitorizarea non-invazivă a activității bolii și evaluarea răspunsului la tratament, reducând variabilitatea de acces între centre și dependența de plata directă de către pacient.

În anexa nr. 17, la litera A, sub tabelul de la pct. 1, după textul marcat cu «*22)» din NOTA 1	Pct. 57 din proiect – după textul marcat cu „*16)” se introduc șase texte noi, marcate *17) – *22).	Se propune completarea pct. 57 din proiect (sau introducerea unui punct nou). În anexa nr. 17, la litera A, sub tabelul de la pct. 1, după textul marcat cu «*22)» din NOTA 1 se introduce un nou text, marcat cu «*23)», cu următorul cuprins: «*23) Investigație ce poate fi recomandată de medicii de familie, cu completarea câmpului corespunzător prevenției, o singură dată pe parcursul vieții asiguratului, pentru persoanele asimptomatice cu vârsta cuprinsă între 30 și 49 de ani inclusiv, în cadrul consultațiilor preventive prevăzute la pct. 1.2.3 și pct. 1.2.6 de la lit. B din anexa nr. 1 la ordin. Investigația nu se decontează în situația în care în platforma informatică din asigurările de sănătate este înregistrat un rezultat anterior al Lp(a) pentru persoana respectivă.»”	Marcajul este mecanismul prin care unicitatea pe parcursul vieții devine verificabilă automat la validarea în PIAS, fără raportări suplimentare din partea furnizorilor.
În anexa nr. 17, la litera A, sub tabelul de la pct. 1, după NOTA 8	Pct. 58 din proiect – după NOTA 5 se introduc trei note noi, NOTA 6, NOTA 7 și NOTA 8.	Se propune completarea pct. 58 din proiect (sau introducerea unui punct nou).În anexa nr. 17, la litera A, sub tabelul de la pct. 1, după NOTA 8 se introduce o nouă notă, NOTA 9, cu următorul cuprins: «NOTA 9: Laboratoarele înscriu pe buletinul de analiză valoarea determinată, exprimată în nmol/L, metoda utilizată și valoarea de referință a metodei; exprimarea suplimentară în mg/dL este facultativă. În situația în care pe buletinul de analiză nu sunt înscrise aceste elemente, investigația nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.»”	Standardizarea unității de măsură și a metodei asigură comparabilitate între furnizori. Ghidurile ESC/EAS recomandă raportarea preferențială în nmol/L. Formularea reproduce, ca tehnică legislativă, condiționarea decontării deja utilizată pentru eRFG.
ANEXA Nr. 17	CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE	CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE	În prezent, conform Anexei 17 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării pachetului de bază de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile

	A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE (...) 1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator (...) Microbiologie (...) Examine din secreții genitale <table border="1" data-bbox="297 616 855 1045"> <tr> <th>Nr. crt.</th><th>Cod</th><th>Denumirea analizei de laborator</th><th>Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -</th></tr> <tr> <td>....</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (...)	Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -					A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE (...) 1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator (...) Microbiologie (...) Examine din secreții genitale <table border="1" data-bbox="974 738 1520 1441"> <tr> <th>Nr. crt.</th><th>Cod</th><th>Denumirea analizei de laborator</th><th>Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -</th></tr> <tr> <td>....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>93.</td><td>De stabilit de CNAS</td><td>Testare infecție HPV (virusul papilloma uman) *1) *16)</td><td>De stabilit de CNAS</td></tr> </table>	Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -					93.	De stabilit de CNAS	Testare infecție HPV (virusul papilloma uman) *1) *16)	De stabilit de CNAS	paraclinice, lista investigațiilor paraclinice de laborator include examenul citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau, Acest serviciu este disponibil atât pentru persoanele asigurate, cât și, în condițiile Legii nr. 293/2022, pentru persoanele neasigurate în scopul confirmării diagnosticului oncologic. Cu toate acestea, testarea HPV – metodă modernă de screening cu sensibilitate crescută – nu este inclusă în lista serviciilor rambursate. În consecință, aceasta este efectuată exclusiv contra cost în laboratoarele publice și private care o au în ofertă, fapt ce limitează accesul populației, în special al categoriilor vulnerabile la o investigație esențială pentru prevenirea cancerului și controlul unui virus transmisibil. Această situație contravine obiectivelor Legii nr. 293/2022 privind prevenirea și combaterea cancerului, care promovează accesul la metode moderne și eficiente de screening. Totodată, metodologia de screening pentru cancerul de col uterin aprobată prin OMS 3735/2024, recunoaște că testele HPV utilizate ca test primar de screening oferă o sensibilitate crescută pentru identificarea modificărilor celulare de grad înalt în comparație cu citologia, iar valoarea predictiv-negativă ridicată a testului HPV permite ca femeile care testează negativ pentru subtipurile HPV oncogenice să fie rechemate la un interval de timp mai lung. HPV este o infecție frecventă, cel mai adesea tranzitorie, de aceea, pentru evitarea tratamentelor inutile, probele HPV pozitive
Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -																				
....																							
Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -																				
....																							
93.	De stabilit de CNAS	Testare infecție HPV (virusul papilloma uman) *1) *16)	De stabilit de CNAS																				

C.PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE, PERSOANELOR CARE NU POT FACE DOVADA CALITĂȚII DE ASIGURAT, ÎN APLICAREA LEGII NR. 293/2022 PENTRU PREVENIREA ȘI COMBATerea CANCERULUI, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE (...)

1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator

(...)

Microbiologie

(...)

Exame din secreții genitale

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
.....			

(...)

C.PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE, PERSOANELOR CARE NU POT FACE DOVADA CALITĂȚII DE ASIGURAT, ÎN APLICAREA LEGII NR. 293/2022 PENTRU PREVENIREA ȘI COMBATerea CANCERULUI, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE (...)

(...)

1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator

(...)

Microbiologie

(...)

Exame din secreții genitale

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
.....			
53.	De stabilit	Testare infecție HPV	De stabilit de CNAS

trec prin triaj citologic pentru identificarea cazurilor care ar trebui să fie trimise la colposcopie pentru investigații suplimentare și posibil tratament. Testarea HPV reprezintă o metodă de screening primară, cu eficiență dovedită clinic, fiind recomandată de ghidurile internaționale emise de Organizația Mondială a Sănătății și Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor pentru femeile cu vârsta peste 30 de ani. În comparație cu testul Babeș-Papanicolau, testarea HPV are o sensibilitate superioară în depistarea leziunilor precanceroase și permite identificarea timpurie a cazurilor cu risc oncologic, fapt care se traduce printr-o capacitate crescută de prevenire a cancerului invaziv de col uterin. În plus, utilizarea acestei metode permite optimizarea intervalului de screening – în cazul unui rezultat negativ, retestarea fiind recomandată la cinci ani, spre deosebire de frecvența de trei ani asociată testării citologice convenționale. Prin urmare, testarea HPV permite o utilizare mai eficientă a resurselor și reduce costurile generate de investigații repetate la intervale scurte, fără a compromite calitatea actului medical.

			de CNAS	(virusul papilloma uman) *1)		
Anexa 18, art. 2, dupa alin. (8)	Articolul 65 din proiectul de ordin: „(9) Casele de asigurări de sănătate analizează în termen de trei zile lucrătoare, începând cu data de 16 a fiecărei luni (...) (10) În situația în care, pentru perioada prevăzută la alin. (9), se înregistrează un grad de utilizare a valorii de contract mai mic decât (...) (11) Sumele rezultate ca urmare a diminuărilor prevăzute la alin. (10) se redistribuie, prin încheierea...(…) (12) Sumele rezultate din economii nu se redistribuie pentru medicii de familie (...) (13) Sumele contractate potrivit alin. (11) se utilizează (...)	Măsura propusă este benefică, dar este necesar a fi analizata suplimentar din punct de vedere al posibilelor efecte.	Poate conduce la situația, extrem de probabilă, în care furnizorii să comprime nejustificat toate potențialele programări în intervalul lunar 1–15. În plus, trebuie clarificată noțiunea de „utilizat”, având în vedere existența unei practici de programare a pacienților cu rezervarea sumelor aferente din bugetul disponibil. În lipsa unor prevederi clare, se poate ajunge la imposibilitatea organizării corespunzătoare a activității, precum și la formarea nejustificată de cozi și liste de așteptare.			
Anexa 18, art. 2, dupa alin. (8)	Articolul 65 din proiectul de ordin: „(9) Casele de asigurări de sănătate analizează în termen de trei zile lucrătoare, începând cu data de 16 a fiecărei luni (...) (10) În situația în care, pentru perioada prevăzută la alin. (9), se înregistrează un grad de utilizare a valorii de contract mai mic decât (...) (11) Sumele rezultate ca urmare a diminuărilor prevăzute la alin. (10) se redistribuie, prin încheierea...(…) (12) Sumele rezultate din economii nu se redistribuie pentru medicii de familie (...) (13) Sumele contractate potrivit alin. (11) se utilizează (...)	Dacă măsura nu este eliminată, se adaugă: “Prin excepție, diminuarea valorilor de contract în cursul lunii nu se aplică automat sumelor alocate pentru investigații paraclinice necesare diagnosticului și monitorizării pacienților cu suspiciune sau diagnostic de afecțiune oncologică, hemato-oncologică, boală rară sau afecțiune cronică severă aflată în monitorizare terapeutică, inclusiv investigațiile de anatomie patologică, imunohistochimie, biologie moleculară/genetică, imagistică de înaltă performanță și markerii de monitorizare recomandați conform ghidurilor clinice. În aceste situații, diminuarea valorii de contract se poate realiza numai după analiza listelor de	Prin excepție, diminuarea valorilor de contract în cursul lunii nu se aplică automat sumelor alocate pentru investigații paraclinice necesare diagnosticului și monitorizării pacienților cu suspiciune sau diagnostic de afecțiune oncologică, hemato-oncologică, boală rară sau afecțiune cronică severă aflată în monitorizare terapeutică, inclusiv investigațiile de anatomie patologică, imunohistochimie, biologie moleculară/genetică, imagistică de înaltă performanță și markerii de monitorizare recomandați conform ghidurilor clinice. În aceste situații, diminuarea valorii de contract se poate realiza numai după analiza listelor de așteptare, a programărilor existente, a necesarului estimat până la			

		așteptare, a programărilor existente, a necesarului estimat până la finalul lunii și a impactului asupra continuității diagnosticului și tratamentului pacienților.”	finalul lunii și a impactului asupra continuității diagnosticului și tratamentului pacienților.
Anexa 18, art. 3, alin. (1), ultimul paragraf.	Articolul 66 din proiectul de ordin: „Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) numai dacă furnizorul face dovada interpretării investigației în maximum 3 zile lucrătoare de la efectuarea acesteia, prin semnătura medicului radiolog.”	„Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) numai dacă furnizorul face dovada interpretării investigației în maximum 3 5 zile lucrătoare de la efectuarea acesteia, prin semnătura medicului radiolog.”	La acest moment, masura nu poate fi implementată din punct de vedere operational, nici in sectorul public si nici in sectorul privat. Implementarea teleradiologiei este de natura sa fluidizeze fluxul operational al furnizorilor de servicii imagistice, in sa acest lucru este prevazut cu termen 2028 in propunerea supusa analizei. Pana atunci, un termen de 3 zile lucratoare pentru eliberarea rezultatului investigatiei imagistice este total nerealist. Propunem implementarea in sistemul informatic al CNAS a intervalului de timp de 5 zile in care furnizorul sa puna rezultatul pt ca serviciul sa fie raportat. Nerespectarea termenului de 5 zile duce automat la imposibilitatea de raportare si implicit de plata.
În anexa nr. 19, la Capitolul I, după pct. 6 și în anexa nr. 20, la Capitolul I,	Articolul 68 și 69 din proiectul de ordin: „Începând cu data de 01.10.2026, pentru a derula relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii vor utiliza aplicația informatică pentru gestionarea programărilor, aplicație care va fi pusă la dispoziție in mod gratuit și pentru care se vor publica specificațiile tehnice de interfațare și de securitate informatică în vederea integrării aplicațiilor terțe, in condițiile stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aliniate la PIAS PNRR”	Se adauga: ”Obligația utilizării aplicației informatice pentru gestionarea programărilor se aplică după publicarea specificațiilor tehnice finale de interfațare și securitate informatică, finalizarea testării tehnice și acordarea unei perioade tranzitorii de minimum 90 de zile calendaristice de la data publicării specificațiilor finale. Până la finalizarea perioadei tranzitorii, furnizorii pot utiliza sistemele proprii de programare, cu	Digitalizarea programărilor poate îmbunătăți transparența și accesul pacienților, dar implementarea fără specificații tehnice finale, testare și o perioadă tranzitorie poate genera blocaje operaționale. Aceste blocaje pot afecta programarea investigațiilor paraclinice necesare în oncologie, hemato-oncologie, boli rare și afecțiuni cronice severe. Propunerea menține obiectivul de digitalizare, dar introduce condiții minime de

după punctul 4		respectarea obligațiilor de raportare și transparență prevăzute de norme.”	implementare pentru a evita întreruperea fluxurilor de diagnostic și monitorizare.
Anexa 19, cap I, lit. a) pct 2	„a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la lit. A pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice, citologice și imunohistochimice), cu excepția spitalelor cu peste 400 de paturi, precum și a spitalelor de boli infecțioase și de pneumoftiziologie, care efectuează examinări microbiologice, pentru care activitatea de microbiologie se organizează distinct ca laborator de microbiologie medical, precum și cu excepția testelor bazate pe amplificare de acizi nucleici.”	a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la lit. A pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice, citologice și imunohistochimice), cu excepția spitalelor cu peste 400 de paturi, precum și a spitalelor de boli infecțioase și de pneumoftiziologie, care efectuează examinări microbiologice, pentru care activitatea de microbiologie se organizează distinct ca laborator de microbiologie medical, precum și cu excepția testelor bazate pe amplificare de acizi nucleici. În evaluarea dovezii capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice – analize medicale de laborator prevăzute la lit. A pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, se acceptă inclusiv situația în care toate investigațiile din toate laboratoarele/punctele de lucru ale furnizorului din localitate sunt efectuate în rețeaua furnizorului din respectiva localitate.	În acest mod, se poate crește capacitatea de procesare a probelor și se stimulează investițiile în laboratoare cu un nivel superior de dotare tehnică.
ANEXA Nr. 19	CRITERII privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale (...) CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale (...)	CRITERII privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale (...) CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale	În vederea evitării situației în care, prin introducerea unei noi analize la lit. A pct.1 din anexa nr.17, se limitează numărul laboratoarelor care intră în contract cu Casa din lipsa standardelor tehnice și de calitate pentru efectuarea noii analize, se impune totodată modificarea Anexei nr.19.

	2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la lit. A pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin (...) se va face în termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin. (...) 5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare (...) vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă; •subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize	(...) 2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la lit. A pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin (...) se va face în termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin. Prin excepție, dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua analiza medicală de laborator de la pct. 93, prevăzută la lit. A pct. 1 din Anexa nr.17 la ordin, se va face începând cu următoarea perioadă de contractare. (...) 5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare (...) vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă; Prin excepție, analiza medicală de laborator de la pct. 93, prevăzută la lit. A pct. 1 din Anexa nr.17 la ordin, nu se ia în considerare la stabilirea procentului de 50% prevăzut mai sus, începând cu următoarea perioadă de contractare. •subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de	Prin urmare, se impune introducerea unei excepții explicite pentru această investigație, astfel încât ea să fie decontabilă și accesibilă pacienților, dar în același timp să se asigure o perioadă de tranziție rezonabilă până la implementarea standardelor corespunzătoare. Această soluție echilibrează nevoia de a extinde accesul la servicii medicale modern cu obligațiile laboratoarelor de a respecta standardele în vigoare.
--	--	---	---

	cuprinse în lista investigațiilor paraclinice. În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii cerințelor pentru "participare la schemele de testare (...) pentru laboratoare de analize medicale" să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă; (...)	analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice. În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii cerințelor pentru "participare la schemele de testare (...) pentru laboratoare de analize medicale" să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă; Prin excepție, analiza medicală de laborator de la pct. 93, prevăzută la lit. A pct. 1 din Anexa nr.17 la ordin, nu se ia în considerare la stabilirea procentului de 50% prevăzut mai sus, începând cu următoarea perioadă de contractare. (...)	
În anexa 20, capitolul II, lit A, punctul h)	Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, stabilit pe total județ, lit.A, pct. h) „Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 15 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE, prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător, nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 9 ani; pentru aparatele cu o vechime de peste 9 ani dar nu mai mult de 15 ani, calculați de la data fabricării sau de la data	Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, stabilit pe total județ, lit.A, pct. h) „Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 15 ani calculați de la data fabricării, data recondiționării (refurbisării) sau data modernizării prin upgrade pentru care s-au aplicat o nouă serie și un nou marcaj CE, prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător, nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de	Propunem introducerea procesului de <u>modernizare prin upgrade</u>, distinct din punct de vedere tehnic de cel de recondiționare (refurbisare) realizată în unitățile de producție ale producătorului. Ambele procese conduc la obținerea unui echipament de imagistică cu capacități tehnice și clinice echivalente cu ale unui sistem nou, diferența constând în faptul că modernizarea prin upgrade se poate realiza la locația unde este instalat echipamentul. Procesul de modernizare prin upgrade presupune înlocuirea totală sau parțială a componentelor electronice, hardware și software de operare ale echipamentului, ceea ce conduce la obținerea unui sistem cu o denumire nouă, cu marcaj CE nou, cu performanțe tehnice și funcționale

	recondiționării (reforbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 15%. Recondiționarea (refurbișarea) se poate realiza doar în unitățile de producție ale producătorului. Aparatele mai vechi de 9 ani, respectiv de 15 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform H.G. nr. 2139/2004 pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.	până la 9 ani; pentru aparatele cu o vechime de peste 9 ani dar nu mai mult de 15 ani, calculați de la data fabricării, data recondiționării (refurbisării) sau data modernizării prin upgrade, punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 15%. Recondiționarea (refurbișarea) se poate realiza doar în unitățile de producție ale producătorului. Modernizarea prin upgrade se poate face la locația unde este instalat aparatul. Aparatele mai vechi de 9 ani, respectiv de 15 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform H.G. nr. 2139/2004 pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.”	echivalente celor ale unui echipament nou. Modernizarea prin upgrade reprezintă o soluție eficientă din punct de vedere operațional și financiar, deoarece permite prelungirea duratei de viață a echipamentului fără întreruperi semnificative ale activității medicale. În plus, costurile sunt considerabil mai reduse comparativ cu înlocuirea echipamentului, deoarece nu sunt necesare demontarea și transportul acestuia către fabrica producătorului, așa cum se întâmplă în cazul recondiționării (refurbișării), și nici lucrări ample de amenajare a locației. Modernizarea echipamentului prin upgrade reprezintă o soluție aliniată principiilor economiei circulare, deoarece maximizează utilizarea resurselor existente și prelungeste durata de viață a activelor medicale, luând în considerație faptul că echipamentele de imagistică includ componente structurale majore, cu o durată de viață semnificativ mai mare decât ciclul de evoluție al tehnologiei, așa cum este, de exemplu, magnetul unui sistem de rezonanță magnetică, pentru care producătorii garantează o durată îndelungată de viață (de ex. 40 de ani). Prin acest process, se reduc consumul de materii prime, cantitatea de deșeuri generate și amprenta de carbon asociată producției, transportului și instalării unui sistem nou, obținându-se în același timp performanțe tehnice și clinice echivalente.
Anexa nr. 22, capitolul I,	 221. Diabet zaharat tip 1 cu complicații microvasculare multiple	 221. Diabet zaharat tip 1 cu complicații microvasculare multiple	Motivatie pentru adaugarea Lp(a) la poziția 221: Conform Ghidurilor de Management al Dislipidemiilor și Consensului privind

litera B, punctul B.4.1, poziții noi nr. crt. 216-230, introduse după nr. crt. 215	<i>Notă:</i> Se acordă un serviciu anual per asigurat. Servicii incluse: Consultație de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, Acid uric, TGP, Glicemie, HbA1c, Creatinina serica, Colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, Trigliceride, Sumar urina, ECG, Teste sensibilitate, Oftalmoscopie, Educație terapeutică și nutrițională, Descarcare și interpretare rapoarte specifice. (...)	<i>Notă:</i> Se acordă un serviciu anual per asigurat. Servicii incluse: Consultație de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, Acid uric, TGP, Glicemie, HbA1c, Creatinina serica, Colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, Trigliceride, Lipoproteina a, Sumar urina, ECG, Teste sensibilitate, Oftalmoscopie, Educație terapeutică și nutrițională, Descarcare și interpretare rapoarte specifice. (...) 231. Titrarea și optimizarea ghidată a tratamentului post-externare (Faza Vulnerabilă post-IC acută). Descriere / Servicii incluse: Adăugarea unui pachet de spitalizare de zi / ambulatoriu de specialitate destinat titrării și optimizării ghidate a tratamentului post-externare în faza vulnerabilă post-IC acută, cu evaluări seriate ale NT-proBNP la 1, 2, 3 și 6 săptămâni. \	Lipoproteina(a) emise de Societatea Europeană de Cardiologie (ESC) și Societatea Europeană de Ateroscleroză (EAS), solicităm includerea determinării Lp(a) în pachetul aferent liniei 221 (<i>Diabet zaharat tip 1 cu complicații microvasculare multiple</i>) din următoarele considerente: 1. Stratificare conform ghidului ESC: Pacienții cu DZ Tip 1 și complicații microvasculare se încadrează în categoria de <i>risc cardiovascular foarte înalt</i>. Ghidul ESC recomandă determinarea Lp(a) pentru identificarea factorilor de risc genetici suprapuși. 2. Magnitudinea riscului: La un pacient cu diabet și afectare microvasculară, o valoare a Lp(a) > 125 nmol/L (echivalentul a cca. 50 mg/dL crește exponențial riscul cardiovascular rezidual 3. Cost-eficiență: Măsurarea Lp(a) se realizează o singură dată în viață, având în vedere stabilitatea sa genetică Motivație pentru propunerea nr 231: Strategia Națională pentru Combaterea Bolilor Cardiovasculare și Cerebrovasculare (SNBCC 2025–2030) evidențiază faptul că peste 30% din pacienții cu insuficiență cardiacă (IC) necesită sprijin intensiv și servicii integrate post-externare pentru
--	---	---	--

			reducerea re-spitalizărilor. Primele 90 de zile reprezintă faza vulnerabilă, în care mortalitatea și reinternarea depășesc 30%. Dovedire clinică (STRONG-HF): Studiul STRONG-HF a demonstrat că optimizarea rapidă a dozelor ghidate de ghiduri (GDMT) și monitorizată seriat prin testarea NT-proBNP reduce cu 34% decesul sau reinternarea la 180 de zile. Analizele de modelare economică arată că un astfel de program intensiv de optimizare ghidată post-externare este extrem de cost-eficient pentru sistemul de sănătate.
Anexa nr. 22, la capitolul I, litera B, punctul 1	Articolul 72 din proiectul de ordin: „Spitalizarea de zi are o durată de maximum 12 ore/vizită (zi), în intervalul orar 6:00 – 22:00, cu excepția serviciilor de somnologie și a serviciilor cu caracter de urgență care pot fi acordate inclusiv în intervalul orar 22:00 – 6:00. Durata de acordare a serviciilor efectuate în regim de spitalizare de zi este în medie de minimum 2 ore/vizită (zi) calculată la nivelul unei luni, cu excepția serviciilor acordate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, a serviciilor acordate pentru afecțiuni oncologice și hemato-oncologice, a serviciilor de somnologie și a serviciilor medicale standardizate care se contractează și în ambulatoriul de specialitate clinic pentru care este reglementată durata în mod expres.”	Se introduce o excepție: “Pentru serviciile acordate pentru afecțiuni oncologice și hemato-oncologice, durata vizitei de spitalizare de zi se stabilește în funcție de particularitățile actului medical, schema de administrare, necesitatea monitorizării post-administrare și starea clinică a pacientului. Depășirea duratei standard sau adaptarea intervalului de monitorizare, documentată în foaia de spitalizare de zi, nu atrage recuperarea contravalorii serviciului atunci când este justificată medical.”	Proiectul recunoaște în mod legitim că serviciile oncologice și hemato-oncologice necesită tratament diferențiat față de regulile generale privind durata vizitei. În practică, durata actului medical poate depinde de premedicație, administrare, observare post-administrare, reacții adverse, particularități clinice și necesitatea monitorizării. O regulă administrativă rigidă poate descuraja furnizarea corectă a serviciului sau poate genera recuperări financiare în situații justificate medical.
Anexa nr. 22, la capitolul I,	Articolul 76 din proiectul de ordin: Administrarea parenterală a terapiilor biologice în miastenia gravis și monitorizarea post-administrare **	Se extinde lista serviciilor cu un serviciu nou, destinat administrării parenterale a terapiilor biologice în miastenia gravis și monitorizarea postadministrare:	Introducerea unui serviciu distinct pentru administrarea parenterală a terapiilor biologice și monitorizarea post-administrare reflectă necesitatea recunoașterii costurilor

litera B, punctul B.3.1, în tabel, după nr. crt. 8,		„Pentru terapiile biologice, terapiile avansate și tratamentele care necesită administrare supravegheată sau monitorizare post-administrare, serviciile medicale aferente administrării și monitorizării se decontează distinct, atunci când acestea sunt necesare conform protocolului terapeutic, rezumatului caracteristicilor produsului sau ghidurilor clinice aplicabile.”			și resurselor medicale asociate tratamentelor complexe. Rambursarea medicamentului nu este suficientă dacă serviciile aferente administrării și monitorizării nu sunt recunoscute și finanțate adecvat. Propunerea reduce riscul ca furnizorii să evite administrarea unor tratamente complexe din motive de subfinanțare a actului medical asociat.
Anexa nr. 22, la capitolul I, litera B, punctul B.4.1, după nr. crt. 215, se introduc cincisprezece noi poziții, nr. crt. 216 - 230	Articolul 76 din Proiectul de ordin	Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Terapia cu radioliganzi este deja inclusă în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare. Cu toate acestea, accesul efectiv al pacienților la tratamentul compensat nu este posibil, în absența unui serviciu medical distinct de spitalizare de zi care să poată fi contractat de către centrele autorizate pentru administrarea terapiilor cu radioliganzi. și decontat de casele de asigurări de sănătate În lipsa unei astfel de reglementări, disponibilitatea medicamentului nu se traduce în acces real la tratament, deoarece activitățile asociate administrării terapiei (pregătirea pacientului, administrarea radiofarmaceuticului, monitorizarea clinică și radiologică, măsurile
		231	Administrare Terapie cu radioliganzi, cu monitorizare imagistica post administrare (177Lu-SPECT) efectuat prin gamma camera/SPECT	Investigatii laborator (Hemoleucograma completa, Hb, Creatinină serică, Clcr, bilirubinemie totala, ASAT, ALAT, Fosfataza alcalina) Imagistica 177Lu-SPECT efectuat cu SPECT sau gamma camera Servicii asociate (manopera si cheltuieli	

				personal	de radioprotecție și supravegherea post-procedură) nu beneficiază de un mecanism clar de finanțare și raportare. Introducerea explicită a serviciului de spitalizare de zi pentru terapii cu radioliganzi este necesar pentru eliminarea acestor discrepante și asigură cadrul necesar contractării și decontării integrate a întregului episod terapeutic, permițând accesul efectiv al pacienților eligibili la aceste terapii inovatoare în centrele care îndeplinesc condițiile de autorizare și siguranță aplicabil.
		232	Administrare Terapie cu radioliganzi, cu monitorizare imagistica post administrare (177Lu-SPECT) efectuat prin SPECT- CT	Investigatii laborator (Hemoleucogra ma completa, Hb, Creatinină serică, Clcr, bilirubinemie totala, ASAT, ALAT, Fosfataza alcalina) Imagistica 177Lu-SPECT efectuat cu SPECT-CT Servicii asociate (manopera și cheltuieli personal)	
		233	Administrare Terapie cu radioliganzi, prin Spitalizare fara 177Lu-SPECT*	Investigatii laborator (Hemoleucogra ma completa, Hb, Creatinină serică, Clcr,	

			<i>*imagistica post-administrare se va realiza intr-o alta unitate spitaleasca</i>	bilirubinemie totala, ASAT, ALAT, Fosfataza alcalina) Servicii asociate (manopera și cheltuieli personal)	
Anexa nr. 22, Subcapitolul 2, Secțiunea 3, B.4.2	Proiectul nu modifică Anexa nr. 22, Subcapitolul 2, Secțiunea 3, B.4.2 și nu introduce poziții noi în acest tabel. Se propune introducerea unui punct nou în proiect: În anexa nr. 22, la capitolul I, litera B, punctul B.4.1, după nr. crt. 12, se introduc două noi poziții, nr. crt. 13 - 14, cu următorul cuprins:	Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	
		13	Monitorizare imagistica post administrare terapie cu radioliganzi efectuata cu SPECT/gamma camera	Gamma camera SPECT	
		14	Monitorizare imagistica post administrare terapie cu radioliganzi efectuata cu SPECT-CT	SPECT-CT	
Anexa 23, art. 4, alin (1) lit. a)	Articolul 78 din proiectul de ordin: „a) indicatori cantitativi: 1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și umărul de posturi aprobate, potrivit legii; 2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii; 2^1 numărul de cazuri ce poate fi contractat de fiecare spital, se stabilește de către casa de asigurări de sănătate cu încadrarea în numărul de cazuri ce poate fi contractat la nivel județean stabilit de comisia prevăzută	Un asemenea mecanism poate fi bazat pe următoarele criterii: 1. numărul de paturi aprobate/avizate în specialitate; 2. numărul și dotarea blocurilor operatorii/laboratoarelor de explorări existente; 3. asigurarea cu echipe medicale complete, acestea fiind definite în prealabil de comisiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății; 4. asigurarea serviciilor UPU/CPU;			Propunerea CNAS nu stabilește un mecanism previzibil și nu considerăm că poate fi aplicată în mod practic. În plus, utilizează criterii disproporționate și diferențiate nejustificat între spitalele publice și cele private. Solicităm introducerea unui mecanism de stabilire a numărului de cazuri contractabile pe spital/specialitate, pentru fiecare unitate sanitară cu paturi, care să se bazeze pe criterii unitare, indiferent de forma de

	la art. 85 [^] 1 alin. (1 [^] 1) din Contractul-cadru, având în vedere următoarele criterii: a) obiectivele asumate prin Masterplanurile regionale de servicii medicale, respectiv planurile de servicii medicale aprobate prin ordin al ministrului sănătății; b) (...)	5. posibilitatea asigurării activității prin structurile din spital care nu internează direct pacienți (nu deschid FOCG), de exemplu ATI și laboratoarele paraclinice.	proprietate – publică sau privată – și pe indicatori obiectivi.
Anexa nr. 26, articolul 10, alineatul (2), după litera c)	Articolul 101 din proiectul de ordin: "c1) Pentru raportarea incorectă a unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:.	Se adaugă: "Sanțiunile se aplică numai pentru raportări incorecte sau incomplete imputabile furnizorului, constatate după o procedură prealabilă de clarificare și, după caz, de corectare a datelor raportate. Erorile materiale, neconcordanțele tehnice de raportare sau situațiile justificate prin documente de trasabilitate nu atrag sancțiuni dacă sunt corectate în termenul comunicat de casa de asigurări de sănătate. Aplicarea sancțiunilor nu poate conduce la întreruperea tratamentului pacienților și nu afectează mecanismele legale de acces organizate prin donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare, cu respectarea legislației aplicabile."	Transparența și trasabilitatea consumului de medicamente sunt necesare, însă sancțiunile trebuie diferențiate în funcție de natura situației: eroare materială, neconcordanță tehnică, problemă de raportare, situație documentată prin acte justificative sau raportare frauduloasă. O formulare prea largă poate determina reticența furnizorilor în utilizarea unor mecanisme legale de sprijin al accesului pacienților sau poate genera întreruperi neintenționate ale tratamentului.
Anexa nr. 36, la articolul 2, după alineatul (3)	„Pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrise pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și schemă terapeutică stabilă pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, cu eliberare obligatoriu fracționată lunar. „	„Pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrise pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și schemă terapeutică stabilă pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, cu eliberare obligatoriu fracționată lunar. eliberarea se poate realiza fracționat lunar, cu asigurarea continuității tratamentului pe întreaga perioadă prescrisă. În situațiile în care natura tratamentului, schema de administrare, forma de ambalare, disponibilitatea stocului, distanța pacientului față de farmacie sau alte motive justificate medical ori operațional pot afecta continuitatea tratamentului, eliberarea se	Posibilitatea prescrierii pentru 90/91/92 de zile este pozitivă, deoarece poate reduce povara administrativă pentru pacienți și medici. Totuși, eliberarea obligatoriu fracționată lunar poate crea riscuri operaționale dacă nu este însoțită de garanții privind continuitatea tratamentului. În patologii severe, cronice sau progresive, întreruperea tratamentului din motive logistice, lipsa temporară de stoc sau imposibilitatea pacientului de a reveni lunar la farmacie poate avea consecințe clinice relevante.

		realizează astfel încât pacientul să nu fie expus întreruperii tratamentului, cu eliberare obligatoriu fractionată lunar.”	
Anexa nr. 36A / Anexa nr. 37A	Articolul 120 din proiectul de ordin: „(7) Casa de asigurări de sănătate decontează factura depusă de furnizorul de medicamente într-un termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii în limita fondurilor aprobate cu această destinație.”	„(7) Casa de asigurări de sănătate decontează factura depusă de furnizorul de medicamente într-un termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii în limita fondurilor aprobate cu această destinație.” pentru prescripțiile validate și eligibile la plată potrivit reglementărilor aplicabile. Eventualele constrângeri bugetare temporare nu pot conduce la afectarea accesului pacienților la tratament și vor fi gestionate prin mecanisme transparente de regularizare și comunicare către furnizori, cu respectarea termenului de plată prevăzut de norme.	Termenul de 60 de zile de la data depunerii facturii este o clarificare pozitivă, dar sintagma „în limita fondurilor aprobate cu această destinație” poate genera interpretări care permit amânarea plăților și reduc predictibilitatea mecanismelor cost-volum și cost-volum-rezultat. Pentru tratamentele destinate pacienților cu afecțiuni severe, predictibilitatea decontării este importantă pentru continuitatea aprovizionării și evitarea discontinuităților în accesul la tratament.
Anexa nr. 36, art. 1 alin. (4)-(6).	Articol vizat: Art. II pct. 114-116; anexa nr. 36, art. 1 alin. (4)-(6). „... medicul ... transmite [prescripția] prin mijloace de comunicare electronică ...; ... pentru prescripțiile emise ca urmare a unei consultații la distanță ... documentul transmis ... poate fi prezentat/transmis farmaciei ...; pentru situațiile prevăzute la art. 210 ... farmaciile eliberează medicamentele în regim off-line.”	Text propus de adăugat: „În cazul indisponibilității PIAS, a semnăturii electronice sau a mijloacelor de transmitere, prescripția emisă în condițiile legii poate fi utilizată în regim off-line, pe suport hârtie ori prin transmitere electronică către farmacie, urmând a fi validată și încărcată ulterior. Farmacia nu poate refuza eliberarea exclusiv pentru faptul că prescripția nu a fost transmisă prin fluxul on-line, dacă documentul permite identificarea prescripției, a medicului, a pacientului și a medicamentului prescris.”	Impact asupra accesului la medicamente prescrise la distanță și asupra continuității tratamentului. Proiectul reglementează fluxul off-line, dar nu stabilește suficient de clar protecția pacientului în caz de indisponibilitate tehnică sau de dificultăți de transmitere. Corelare: Art. I pct. 73 din proiectul HG privind art. 189¹ și art. 210 din anexa nr. 2 la HG.
Anexa nr. 36, art. 2 alin. (3¹).	Articol vizat: Art. II pct. 117; anexa nr. 36, art. 2 alin. (3¹). „Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă ... pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum pentru o perioadă de	Adăugare: „Prescrierea pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile este o opțiune a medicului și a asiguratului și se aplică numai în măsura în care schema terapeutică este stabilă, indicația	Impact / justificare: Impact pentru medicamentele cronice și pentru produsele care pot face obiectul contractelor cost-volum. Regula este favorabilă continuității numai dacă păstrează libertatea deciziei

	până la 90/91/92 de zile ... eliberarea ... obligatoriu prin fracționare lunară."	autorizată și protocolul terapeutic permit acest lucru. Fracționarea lunară se realizează fără întreruperea tratamentului și permite eliberarea de către una sau mai multe farmacii. În cazul indisponibilității unei fracțiuni, farmacia informează pacientul și îi furnizează documentul necesar pentru eliberarea fracțiunii la o altă farmacie."	clinice și permite redirectionarea eliberării atunci când produsul nu este disponibil. Corelare: Art. I pct. 65 din HG și anexa nr. 36, art. 7 alin. (2).
Anexa nr. 36, art. 7 alin. (2).	Art. II pct. 118; anexa nr. 36, art. 7 alin. (2). „În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente ... medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie. Pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță ... acestea pot fi eliberate de alte farmacii."	Adăugare: „Renunțarea produce efecte numai dacă este exprimată în mod explicit pentru DCI-ul/medicamentul și poziția indicate în componenta prescriere. Neeliberarea totală sau parțială determinată de lipsa temporară din stoc, de o eroare tehnică ori de imposibilitatea farmaciei de a finaliza eliberarea nu constituie renunțare și nu împiedică eliberarea la o altă farmacie. Componenta eliberare va indica distinct pozițiile la care pacientul a renunțat și pozițiile rămase neeliberate din motive obiective."	Impact asupra accesului efectiv la medicamente și asupra riscului de întrerupere a tratamentului. Regula trebuie să distingă decizia pacientului de un eșec de stoc sau de sistem; altfel, o neeliberare accidentală poate bloca eliberarea prin altă farmacie. Efect urmărit: Trasabilitate, informarea pacientului și evitarea pierderii unei prescripții valabile.
Anexa nr. 36, după art. 2 - articol nou de aplicare a art. 159 din anexa nr. 2 la HG	„Proiectul Ordinului nu conține o procedură operațională distinctă pentru inițierea, continuarea și schimbarea tratamentului cu medicamente biologice și biosimilare, deși proiectul HG modifică art. 159 alin. (2)“	„Art. 2 ¹ - (1) Inițierea, continuarea și schimbarea tratamentului cu un medicament biologic de referință sau cu un biosimilar se realizează pe baza deciziei individuale a medicului prescriptor, în condițiile indicației autorizate și ale protocolului terapeutic. (2) Schimbarea se consemnează în documentele medicale, cu indicarea produsului anterior, a produsului prescris, a motivului clinic și, după caz, a lotului. (3) Pacientul este informat cu privire la motivul schimbării, beneficiile și riscurile relevante și la modalitatea de monitorizare. (4) Farmacia nu efectuează substituția la nivelul eliberării în lipsa prescripției	Impact direct: norma de aplicare trebuie să evite ca regula din HG să fie implementată printr-un mecanism automat, nediferențiat și fără trasabilitate. Propunerile actuale ale proiectului cu privire la prescrierea medicamentelor biologice de referință și a biosimilarelor pot fi considerate nejustificate și disproportionale, fiind de natură să distorsioneze concurența pe piață.

		sau a deciziei documentate a medicului. (5) Lipsa unei justificări administrative sau bugetare nu constituie, prin ea însăși, temei pentru schimbarea automată a tratamentului.”	
Anexa nr. 37, art. 7 lit. u).	Articol vizat: Art. II pct. 121; „... să elibereze medicamentele ... titularilor cardului european ... cu excepția medicamentelor din Sublista E - secțiunile E1 și E2 ... în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate ...”	„...cu excepția medicamentelor acordate exclusiv în cadrul programelor naționale de sănătate care nu sunt necesare medical în perioada șederii temporare. Medicamentele necesare pentru continuarea sau evitarea întreruperii tratamentului unei afecțiuni cronice se eliberează în condițiile documentului european prezentat și ale normelor aplicabile.”	Impact asupra accesului pacienților cu boli cronice și asupra aplicării unitare a regulii din HG. Normele trebuie să preia exact aceeași delimitare pentru a evita interpretări diferite la farmacie și la casa de asigurări. Corelare: Art. I pct. 4 din proiectul HG; principiile oficiale privind îngrijirile medical necesare în perioada șederii temporare în UE.
Anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintel ui CNAS nr. 2108/495/ 2023 – Modelul scrisorii medicale/b iletului de externare.	Nu există în proiectul de ordin Modelul prevede consemnarea diagnosticului, investigațiilor, tratamentului efectuat și a tratamentului recomandat, fără includerea recomandărilor privind vaccinarea.	Completare – recomandări de prevenție (inclusiv vaccinare). După rubrica „Tratament recomandat” se introduce o rubrică nouă: „Recomandări de prevenție (inclusiv vaccinare)” , în care medicul specialist consemnează, după caz, recomandările preventive relevante pentru pacient, inclusiv vaccinările recomandate în funcție de vârstă, afecțiuni cronice, tratamente imunosupresoare, sarcină sau alte condiții de risc, precum și necesitatea evaluării și completării schemei de vaccinare de către medicul de familie	Propunerea consolidează coordonarea între nivelurile de asistență medicală și sprijină continuitatea măsurilor preventive recomandate pacientului după episodul de îngrijire în ambulatoriu sau spital. Scrisoarea medicală reprezintă principalul instrument de comunicare și coordonare între medicul specialist și medicul de familie privind conduita terapeutică și monitorizarea ulterioară a pacientului. Completarea propusă valorifică un document deja obligatoriu și utilizat curent în practica medicală, fără a introduce servicii noi, obligații suplimentare de raportare sau costuri administrative semnificative pentru furnizori. Includerea recomandărilor de prevenție, inclusiv a celor privind vaccinarea, facilitează identificarea intervențiilor preventive necesare și reduce oportunitățile ratate de prevenție, în special în cazul

			persoanelor cu boli cronice, imunocompromișilor, gravidelor și vârstnicilor. Totodată, consolidează continuitatea îngrijirii și integrarea prevenției în parcursul pacientului între ambulatoriul de specialitate, spital și medicina de familie.
--	--	--	--