

Nr. NG.10110... / R.10.2026...

Către,

Asociația Responsabilă cu Informarea și Protejarea Asiguraților
Domnului Președinte Marian ROȘCA

Având în vedere adresa dumneavoastră transmisă prin poșta electronică, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. HRM9256/24.11.2025, cu privire la eliminarea plafonului impus laboratoarelor de analize medicale, vă comunicăm următoarele:

Bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se aprobă de Parlament, la propunerea Guvernului, ca anexă la legea bugetului de stat, inclusiv în ceea ce privește suma alocată pentru fiecare domeniu de asistență medicală (inclusiv pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice).

Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paraclinice cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor legale în vigoare și în limita sumelor prevăzute în buget cu această destinație.

La nivelul caselor de asigurări de sănătate bugetul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice se împarte procentual în funcție de nevoia de servicii medicale paraclinice și de furnizorii de servicii medicale paraclinice aflați în zonă, între servicii medicale paraclinice analize de laborator, anatomie patologică și investigații de radiologie și imagistică medicală și medicină nucleară.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre și pe luni.

Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligația încadrării în limita valorii lunare de contract stabilită pe tipuri, respectiv analize medicale de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară.

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

- analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii din pachetul de bază,
- serviciile medicale paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază,
- serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor asigurate, necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice,

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

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

- serviciile medicale paraclinice – analize de laborator acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, recomandate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

Exceptarea de la obligația încadrării în valoarea de contract a tipurilor de investigații mai sus enumerate creează spațiul bugetar necesar pentru decontarea mai multor investigații necesare pentru un acces rapid al asiguraților la analize de laborator și investigații imagistice.

Având în vedere prevederile art. II din Legea nr. 163/2025 *privind modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății*, începând cu data de 1 ianuarie 2026, pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

Pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale. Pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală se decontează, în cadrul monitorizării o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară, într-un an calendaristic, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Aceste persoane pot beneficia, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurrente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în același pachet de servicii.

În ceea ce privește eliminarea valorilor de contract pentru serviciile medicale paraclinice analize de laborator, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a invitat în data de 15 decembrie 2025 reprezentanții furnizorilor de servicii medicale paraclinice, în vederea identificării unei metode alternative de contractare și decontare a analizelor medicale de laborator.

În cadrul acestei întâlniri au fost discutate soluții care să permită creșterea numărului de analize medicale de laborator efectuate pentru pacienți în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, concomitent cu încadrarea în bugetul anual alocat ambulatoriului de specialitate paraclinic. Astfel, a fost analizată posibilitatea finanțării serviciilor medicale paraclinice analize de laborator printr-un mecanism de bugetare globală.

Pe parcursul anului 2026 vor avea loc discuții și analize cu privire la implementarea mecanismului de bugetare globală, mecanism care va permite decontarea investigațiilor paraclinice

analize de laborator fără încadrare într-o valoare de contract limitată la nivelul fiecărui furnizor de servicii medicale.

Totodată, Ministerul Sănătății este autoritatea centrală în domeniul asistenței de sănătate publică, instituție ce elaborează politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății populației, coordonează și controlează implementarea politicilor, strategiilor și programelor din domeniul sănătății populației, la nivel național, regional și local.

Implementarea unei astfel de măsuri se poate realiza numai printr-o colaborare strânsă între Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și reprezentanții furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

Cu deosebită considerație,

DIRECTOR GENERAL
Liliana Maria MIHAI



