



Casa Națională de Asigurări de Sănătate

**Ghidul privind drepturile persoanelor care provin din
zona conflictului armat din Ucraina în sistemul
asigurărilor sociale de sănătate**

Ediție septembrie 2022

Cuprins

Introducere

Drepturile acordate de sistemul de asigurări sociale de sănătate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina în sistemul de asigurări sociale de sănătate

Înregistrarea în sistemul de asigurări sociale de sănătate a persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina

Pachetul de servicii de bază

Domenii de asistență medicală

Medicul de familie

Medicul specialist

Analize de laborator și investigații imagistice

Asistența spitalicească

Medicul dentist/stomatolog

Servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare

Recuperare medicală în spitale

Consultații de urgență la domiciliu și transport neasistat

Îngrijiri la domiciliu

Medicamente compensate

Dispozitive medicale

Măsuri pentru pacienții cu COVID-19

Măsuri pentru femeia însărcinată

Programele naționale de sănătate curative

INTRODUCERE

Prin prezentul ghid, dorim să oferim informații de calitate necesare persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, referitoare la drepturile de care beneficiază în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

Acest ghid are ca scop, asigurarea accesului facil al persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, la servicii medicale, materiale sanitare, medicamente și dispozitive medicale acordate de sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

Drepturile acordate de sistemul de asigurări sociale de sănătate persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina

Potrivit art. 1 alin. (4) și (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 15/2022, cu modificările și completările ulterioare, persoanele aflate în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina **beneficiază de pachetul de servicii de bază** prevăzut în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare ale acestuia, **precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate curative, ca și asigurații români.**

Persoanele aflate în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina beneficiază de drepturile acordate de sistemul de asigurări sociale de sănătate, **fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, a contribuției personale pentru medicamentele acordate în tratamentul ambulatoriu și cu scutire de la coplată.**

În cazul acestor persoane, **serviciile medicale în asistență medicală ambulatorie** de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinse în pachetul de servicii de bază **se acordă fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere**, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Înregistrarea în sistemul de asigurări sociale de sănătate a persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina

Persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina și solicită prima dată servicii medicale furnizorilor, sunt înregistrați de aceștia în aplicația informatică pusă la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în vederea atribuirii unui număr de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

După înregistrarea persoanei în aplicație și atribuirea unui număr de identificare se printează din aplicație datele afișate spre a fi înmânate beneficiarului/pacientului; Documentul respectiv poate fi utilizat ulterior de către pacienți la orice unitate medicală de pe teritoriul României fără a mai fi nevoie de o generare ulterioară de număr de identificare.

Pachetul de servicii de bază

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, persoanele asigurate, indiferent de forma prin care a fost dobândită calitatea de asigurat, beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în pachetul de bază, furnizate de medicul de familie sau medicul specialist, în ambulatoriu sau în spital.

Domenii de asistență medicală

Medicul de familie

Medicul de familie reprezintă primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate. Serviciile de medicină primară se bazează pe relația continuă dintre medic și persoana înscrisă pe lista proprie.

În cazul persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, medicul de familie acordă orice serviciu medical cuprins în pachetul de servicii medicale de bază, fără a înscrie aceste persoane pe lista proprie.

Pachetul de bază în asistența medicală primară cuprinde: servicii medicale curative, de prevenție și profilactice, servicii medicale la domiciliu, administrare de medicamente, precum și de servicii medicale adiționale, servicii diagnostic și terapeutice pe care medicul de familie le poate furniza conform competențelor dobândite prin parcurgerea unui program educational specific și respective a curriculei de pregătire a medicului și a aparatului necesară.

Serviciile medicale curative cuprind serviciile pentru urgențele medicale, precum și consultațiile pentru afecțiuni acute (inclusiv intervenții de mică chirurgie sau manevre specifice). Consultațiile pentru bolile cu potential endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță.

Consultațiile periodice pentru asigurații cu boli cronice se realizează pe bază de programare și se acordă pentru continuarea terapiei, pentru supravegherea evoluției bolii și a complicațiilor acesteia. Pacienții cu boli cronice pot beneficia de o consultație pe lună la medicul de familie, la cabinet sau la distanță.

Serviciile de prevenție se acordă de către medicul de familie pentru toate categoriile de vârstă, astfel:

0-3 ani	4-18 ani	18-39 ani	40+ ani
la externare din maternitate și la 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 de luni	o dată pe an	o dată la 3 ani o dată pe an pentru persoanele cu risc înalt	pachet de prevenție anual o dată la 3 ani pentru persoane neasigurate

Pachet anual de prevenție pentru 40+ ani

Până la 3 consultații în interval de 6 luni

• Evaluare • Intervenție • Monitorizare

- stil de viață
- risc cardiovascular (tensiune arterială, colesterol, glicemie)
- risc oncologic
- risc privind sănătatea mintală
- risc privind sănătatea reproducerii

Important
Investigațiile din cadrul pachetului sunt acordate și peste valoarea de contract

Spectrul serviciilor preventive oferite la nivelul medicului de familie, cuprinde și depistarea diabetului zaharat la adulții asimptomatici, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat. Pentru pacienții la care valorile glicemiei sau ale testului de toleranță la glucoză orală sau ale hemoglobinei glicozilate sunt cuprinse între anumite praguri, medicii de familie pot iniția tratamentul cu Metforminum.

Medicii de familie, pot oferi pacienților o serie de servicii medicale diagnostice și terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului, cum ar fi: spirometrie, măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore, măsurarea indicelui de presiune gleznă-braț, efectuarea și interpretarea electrocardiogramei, administrare medicație aerosoli, tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase, tratamentul chirurgical al panarițului, abcesului,

furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament), imobilizare entorsă, peakflowmetrie, sondaj medical, ș.a.

Consultațiile furnizate de medicul de familie pot fi acordate și la domiciliu pentru persoanele nedepasabile, pentru pacienții cu boli cronice sau afecțiuni acute care nu permit deplasarea la cabinet, copiilor cu vârsta 0-1 an, copiilor 0-18 ani cu boli infecto-contagioase și lăuzelor. **Pentru pacienții cu boli cronice, se poate acorda o consultație la domiciliu pe lună.**

Medicul de familie poate furniza consultații medicale **la distanță** pentru pacienții cu boli cronice, precum și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare. Documentele rezultate în cadrul consultației la distanță se transmit pacientului prin mijloace de comunicare electronice.

Medicul de familie poate elibera persoanelor care provin din zona conflictului armat din Ucraina, documente medicale cum ar fi:

- bilet de trimitere (pentru consultații de specialitate sau investigații);
- prescripție medicală;
- certificat de concediu medical;
- adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

Medicul specialist

Asistența medicală ambulatorie de specialitate se acordă în cabinete medicale, unități sanitare, ambulatorii de specialitate și integrate din cadrul spitalelor, centre medicale de diagnostic și tratament, cabinete de îngrijiri paliative, aflate în contract cu casa de asigurări de sănătate.

În pachetul de bază se regăsesc următoarele servicii acordate de medicul specialist: servicii medicale pentru situații de urgență, servicii medicale curative pentru afecțiuni acute, consultații pentru boli cronice, depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială (consiliere, evaluare și monitorizare a statusului genito-mamar, tratamentul complicațiilor), servicii de îngrijiri paliative, servicii diagnostice și terapeutice, servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei, servicii medicale în scop diagnostic (acestea din urmă sunt servicii de spitalizare de zi și se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic).

ATENȚIE!

Pentru persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina, serviciile medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinse în pachetul de servicii de bază se acordă fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Pacienții cu afecțiuni cronice beneficiază de maximum 4 consultații pe trimestru, cu încadrarea în cel mult 2 consultații pe lună, pentru servicii care prevăd evaluarea pacientului și a investigațiilor de laborator, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolii.

Pentru asigurații cu diagnostic confirmat la externarea din spital, se decontează maximum 2 consultații pentru:

- urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării;
- efectuarea unor manevre terapeutice;
- examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică;
- recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

Consultațiile pentru afecțiunile cronice, precum și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare, pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic specialist. Documentele rezultate în urma consultațiilor vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

În cadrul ambulatoriului de specialitate, se pot acorda și servicii în regim de **spitalizare de zi**, a căror durată este mai mică de 12 ore și cuprind un cumul de servicii medicale clinice și investigații. Câteva exemple de astfel de servicii: supravegherea sarcinii normale, supravegherea sarcinii cu risc crescut, screening prenatal, depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului, depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin.

Medicul specialist poate decide în urma consultațiilor:

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic;
- eliberarea recomandării pentru îngrijiri medicale/paliative la domiciliu;
- eliberarea recomandării pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;
- evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar;
- eliberarea biletului de trimitere către alte specialități, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu/ bilet de internare, după caz;
- eliberarea de certificat de concediu medical, după caz.

Medicii cu anumite specializări (exemple: neurolog, psihiatru, reumatolog, ortoped, oncolog, cardiolog, pneumolog etc.) pot recomanda asiguraților servicii furnizate de psiholog sau de fizioterapeut, cu condiția ca ambulatoriul de specialitate în care medicul își desfășoară activitatea să aibă personal calificat sau să fie în contract cu un furnizor de servicii psihologice sau fizioterapeutice.

Serviciile care pot fi furnizate de psiholog sunt: consiliere psihologică și psihoterapie, consiliere de psihopedagogie specială, prin logoped.

Serviciile care pot fi furnizate de fizioterapeut sunt: kinetoterapie individuală sau de grup, kinetoterapie pe aparate speciale, precum dispozitive mecanice, dispozitive electromecanice, dispozitive robotizate.

Terapiile psihiatrice, serviciile furnizate de psiholog, consilierea psihologică și psihoterapia, precum și serviciile furnizate de logoped pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare.

Pacienții cu afecțiuni sau agravări post COVID-19 pot beneficia de kinetoterapie, consiliere psihologică și psihoterapie, la recomandarea medicilor din specialitățile clinice cardiologie și pneumologie.

Analize de laborator și investigații imagistice

Pentru a beneficia de analize de laborator și investigații imagistice gratuite, pacienții trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să dețină un bilet de trimitere de la medicul de familie sau medicul specialist, care se află în contract cu casa de asigurări de sănătate;
- să se prezinte la un laborator aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate.

Pacienții pot beneficia de investigații pe baza biletului de trimitere la laboratoare de analize și centrele de imagistică aflate în contract cu orice casă de asigurări, indiferent de casa de asigurări cu care se află în contract medicul care a eliberat biletul de trimitere.

Pacienții pot beneficia de diferite categorii de analize de laborator, precum:

- hematologice (*hemogramă etc.*);
- serice (*exemple: acid uric, creatinină serică, glicemie, colesterol, trigliceride, sodiu, potasiu, calciu, magneziu etc.*);
- de urină (*sumar și sediment de urină, albumină urinară, glucoză urinară etc.*);
- imunologice (*diferiți hormoni și anticorpi*);
- microbiologice (*analiza secrețiilor, excrețiilor, antibiogramă*);
- examen de țesuturi prelevate;
- testare Babeș-Papanicolau.

De asemenea, sunt decontate și analize de radiologie, precum și ecografiile (*investigații neiradiante*), Doppler și investigații de înaltă performanță (*CT, RMN, scintigrafii, angiografii*).

Pentru a identifica laboratoarele în contract cu casele de asigurări de sănătate și fondurile disponibile la nivelul acestora, pacienții pot accesa pagina web a CNAS (www.cnas.ro), unde se regăsesc informații privind datele de contact ale furnizorilor, pe tipuri de asistență medicală. Pe prima pagină, în meniul „**Informații Furnizori**” la secțiunea „**Rapoarte online furnizori (website vechi)**”, accesând fereastra „**Raportare paraclinic – vezi mai mult**”, se află lista de laboratoare în contract cu casele de asigurări de sănătate, precum și fondul disponibil la nivelul fiecărui laborator. Aceste informații pot fi accesate și pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate.

Atenție!

În situația în care investigațiile nu pot fi efectuate pe loc, laboratorul are obligația de a programa pacientul în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, trecând pe verso-ul biletului de trimitere data prezentării pentru programare și data programării următoare. Dacă pacientul refuză programarea, laboratorul îi restituie biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la un alt laborator de investigații.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să efectueze în termen de 5 zile calendaristice de la data solicitării, investigațiile recomandate potrivit ghidurilor de practică medicală aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare pentru monitorizarea pacienților cu COVID-19 (după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare), precum și a pacienților cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, servicii care se acordă de către laboratoare și peste valoarea de contract, cu condiția ca medicul prescriptor să specifice pe biletul de trimitere faptul că investigațiile se efectuează pentru monitorizare.

Investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție pentru pacienții cu vârsta de peste 40 de ani sunt decontate din FNUASS și pot fi efectuate de furnizori aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate și peste valoarea de contract.

Biletul de trimitere pentru investigațiile de laborator are o valabilitate de 30 de zile. Pentru toate bolile cronice, precum și pentru analizele care implică recoltări de țesuturi, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații este de până la 90 de zile.

Asistența spitalicească

Serviciile spitalicești se acordă pentru **bolile care necesită internare** și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă. Serviciile medicale în regim de spitalizare se acordă, conform programării, în baza biletului de trimitere eliberat de către medicul de familie sau de medicul specialist din ambulatoriu.

Biletul de trimitere nu este necesar în cazul urgențelor medicale.

Serviciile medicale se pot acorda prin spitalizare de zi, prin care se înțelege o durată de internare de maximum 12 ore, sau prin spitalizare continuă, care implică o durată de internare mai mare de 12 ore.

Câteva exemple de afecțiuni care pot fi tratate în spitalizare de zi: anemie, infecții ale căilor respiratorii, infecții ale tractului urinar, infecții intestinale virale sau bacteriene, diaree infecțioasă, sindromul intestinului iritabil, boala refluxului gastro- esofagian, varice fără inflamație, amigdalită acută, tiroidită autoimună, diabet zaharat, cardiomiopatia ischemică, insuficiența valvei mitrale sau aortice fără indicație de intervenție chirurgicală, hepatită alcoolică.

Condiții de acordare a serviciilor de spitalizare în unități sanitare publice

Pacienții pot beneficia de **servicii medicale gratuite doar în spitalele publice** care au încheiat contracte de furnizare pentru servicii de spitalizare cu casele de asigurări de sănătate.

Spitalul public aflat în contract cu o casă de asigurări de sănătate este obligat să acorde serviciile medicale care fac obiectul contractului și să suporte pentru asigurații internați toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv medicamente, materiale sanitare,

investigații de laborator și imagistice. De asemenea, spitalul suportă suma pentru serviciile hoteliere standard pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani și pentru cei ai persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Începând cu 1 aprilie 2022, serviciile de chimioterapie cu monitorizare acordate în regim de spitalizare de zi, de unitățile sanitare aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru acest serviciu, serviciile de dializă acordate în unitățile sanitare care derulează Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, precum și serviciile de radioterapie acordate de unitățile sanitare care derulează Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, sunt decontate la nivelul realizat.

În situația în care asiguratul se adresează unui spital care **NU** se află în contract cu casa de asigurări de sănătate, **asiguratul suportă contravaloarea** serviciilor medicale de care a beneficiat și nu poate recupera aceste sume de la casa de asigurări de sănătate.

Spitalele publice care decontează serviciile medicale în relație cu casele de asigurări de sănătate **NU** pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale acordate.

Condiții de acordare a serviciilor de spitalizare în unitățile sanitare private

Începând cu data de 1 iulie 2021, spitalele private aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate pot percepe o **contribuție personală** de la pacienții care optează să beneficieze de servicii de spitalizare, pentru o afecțiune în formă acută, în aceste unități cu finanțare în funcție de grupuri de diagnostice (*sistem DRG*).

Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful decontat de casa de asigurări de sănătate și tariful practicat de spitalul privat. Pentru a asigura transparența și respectarea drepturilor pacienților, au fost introduse următoarele reglementări: spitalul privat în contract cu casa de asigurări de sănătate are obligația de a afișa public, la sediu și pe pagina web, tarifele practicate, precum și suma decontată de către stat și valoarea contribuției personale pentru serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate. **Înainte de internare**, pacientul va primi un **deviz estimativ** privind costurile serviciilor medicale solicitate, valabil 5 zile lucrătoare.

Orice modificări de costuri asupra devizului inițial apărute pe parcursul internării vor fi realizate doar cu acordul scris al pacientului sau aparținătorului legal al acestuia. La externare, pacientului i se va elibera un decont, care va cuprinde toate cheltuielile aferente spitalizării. Principalele elemente ale devizului estimativ pot fi regăsite mai jos.

Deviz estimativ

Datele clinicii

Datele pacientului

Datele cazului tratat
Scurtă descriere a serviciului medical
Numărul zilelor de spitalizare estimate

Date financiare privind serviciile ce vor fi acordate
Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului

Detalierea cheltuielilor

- cazare și hrană
- medicamente și materiale sanitare
- dispozitive medicale
- analize medicale
- radiologie și imagistică
- alte investigații și proceduri
- consulturi interclinice
- alte servicii și îngrijiri
- cheltuieli personal
- cheltuieli indirecte

Suma suportată din FNUASS

Contribuția personală

Valabil 5 zile lucrătoare

Ce se întâmplă în situația în care un pacient, deși este internat în spital, trebuie să plătească medicamentele din bani proprii?

În cazul în care medicul din secția în care pacientul este internat recomandă, în baza unor documente medicale, anumite medicamente, materiale sanitare sau investigații de laborator, iar cheltuielile pentru acestea sunt suportate de către pacient, deși ar fi fost îndreptățit să beneficieze de acestea gratuit, **spitalul rambursează pacientului** contravaloarea acestor cheltuieli la solicitarea asiguratului.

Rambursarea cheltuielilor menționate este o obligație care se aplică exclusiv spitalelor publice și se realizează din veniturile proprii ale acestora. Spitalele publice realizează o metodologie pe baza căreia rambursează aceste cheltuieli, care este pusă la dispoziția casei de asigurări de sănătate și **este adusă la cunoștință pacienților la internarea acestora în spital.**

Medicul dentist/stomatolog

Pacienții pot beneficia de serviciile cuprinse în pachetul de bază pentru medicina dentară, care include, fără a se limita la: consultația, tratamentul cariei simple, tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale, extracții dentare, chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei, decapuşonarea, proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă, element protetic fizionomic sau semi- fizionomic, aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale.

Serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru medicina dentară sunt decontate în procent de 100% pentru categoria de vârstă 0-18 ani și într-un procent ce variază între 60% și 100%, în funcție de tipul serviciului, pentru persoanele cu vârsta de peste 18 ani.

În cadrul grupei de vârstă peste 18 ani – numai pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, casele de asigurări de

sănătate decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară.

Pentru persoanele care beneficiază de legi speciale, casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente unora dintre serviciile de medicină dentară.

Servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare

Serviciile de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare se pot acorda asiguraților în regim ambulatoriu sau în regim de spitalizare.

Medicină fizică și reabilitare în ambulatoriu în bazele de tratament

Serviciile de medicină fizică și de reabilitare se acordă în regim ambulatoriu în baze de tratament, în cadrul specialității clinice de medicină fizică și de reabilitare. Aceste servicii includ proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri – efectuate în baza de tratament cum ar fi kinetoterapie, hidrokinetoterapie, masaj, aerosoli etc. Unele proceduri, precum băi minerale, mofete naturale, împachetări cu nămol, pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri – efectuate în baze de tratament se acordă conform Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul specialist de medicină fizică și de reabilitare.

Pacienții au dreptul la proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu pentru o perioadă de **maximum 21 zile/an/ asigurat**, atât în cazul copiilor cât și al adulților. Copiii cu vârsta între 0-18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală beneficiază de proceduri medicale specifice de medicină fizică și de reabilitare pentru o perioadă de maximum 42 de zile/an/ pacient. Procedurile pot fi împărțite în maximum două sesiuni, în funcție de afecțiunea de bază, la recomandarea medicului specialist de medicină fizică și de reabilitare în Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare.

Seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare stabilită de medicul specialist decontată pentru un pacient include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare efectuată în regim ambulatoriu, ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice, se decontează maximum 4 proceduri/ zi.

Recuperare medicală în spitale

Serviciile de recuperare medicală acordate în regim de spitalizare se acordă în sanatorii sau secții sanatoriale, care pot avea profil balnear, atât pentru copii, cât și pentru adulți.

Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în sanatorii balneare pot fi acordate pentru o durată maximă de 14-21 zile/an perioadă ce poate fi repartizată în maximum două fracțiuni, la recomandarea medicului prescriptor și care cuprind minim 4 proceduri/zi pentru minim 5 zile/ săptămână. Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 14 zile.

Pentru sanatoriile balneare/secțiile sanatoriale balneare din spitale, pacienții plătesc o contribuție personală. Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către pacienți.

Beneficiarilor *Ordonanței de urgență nr. 15/2022* privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare nu li se solicită contribuție personală.

Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie/medicii specialiști din ambulatoriu și din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare au în vedere patologia specifică și afecțiunile asociate ale pacientului.

Perioada și ritmul serviciilor sunt stabilite de medicii specialiști de medicină fizică și de reabilitare.

Serviciile de recuperare medicală acordate în sanatorii altele decât balneare și preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii specialiști care își desfășoară activitatea în aceste unități, nefiind limitate la un anumit număr de zile.

Consultații de urgență la domiciliu și transport neasistat

Pacienții pot beneficia de următoarele servicii pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, pe lângă serviciile prevăzute în pachetul minimal, fără a se limita la:

- transport la externare (*inclusiv în alt județ*) pentru pacienții cu tulburări cognitive severe (*demențe dediferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă*);
- transportul pacienților nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de recuperare;
- transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru pacienții imobilizați la pat, cu tulburări cognitive severe (*demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă*), cu hemipareză sau parapareză, moderat severe, pentru consultație în vederea evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor cronice pentru care medicația poate fi prescrisă numai de medicul specialist din ambulatoriu de specialitate;
- transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru pacienții imobilizați la pat, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, recomandate de medicii de familie sau medicii specialiști din ambulatoriul de specialitate clinic aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate.

Consultațiile de urgență la domiciliu și transportul sanitar neasistat se realizează cu ambulanțe private, care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate, prin intermediul serviciului de urgență 112.

Astfel, doar în cazul în care pacientul se regăsește într-una dintre situațiile descrise mai sus, acesta sau aparținătorul poate apela serviciul de urgență 112, iar dispeceratul analizează situația descrisă și decide ce fel de ambulanță să trimită.

De asemenea, în cazul în care este necesar transportul pacientului la externarea din spital, serviciul de urgență 112 poate fi apelat atât de pacient sau aparținători, precum și de personalul spitalului.

Apelarea serviciului de urgență 112 se face în mod responsabil!

Îngrijiri la domiciliu

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pacienților pe bază de recomandare, ținând seama de starea de sănătate a acestora.

Pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu: medicii specialiști din ambulatoriu sau din spitale, la externarea asiguraților, și medicii de familie, medici aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se recomandă pentru pacienții cu status de performanță ECOG3 (*imobilizat 50% la pat sau fotoliu*) sau ECOG4 (*complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază*).

Îngrijiri medicale la domiciliu

Cele mai uzuale servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sunt: măsurarea parametrilor fiziologici (*temperatură, puls, tensiune arterială etc.*), administrarea medicamentelor, manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare și pulmonare, îngrijirea leziunilor, kinetoterapie.

Durata pentru care un pacient poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri în ultimele 11 luni, acordate în mai multe etape (*episoade de îngrijire*). Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea.

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicul prescriptor, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale. Planul de îngrijiri poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu.

Îngrijiri paliative la domiciliu

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pacienților pe bază de recomandare, eliberată de medicii de familie, medicii specialiști din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, sau medicii specialiști din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Cele mai uzuale servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sunt: consultația care se realizează în medicina holistică, elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire, evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire, aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic, educarea și informarea pacientului pentru auto-îngrijire, îngrijire terminală, consiliere psihologică specializată a pacientului și familiei, kinetoterapie.

Durata pentru care un pacient poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri în ultimele 11 luni, acordate în mai multe etape (*episoade de îngrijire*). Un episod de îngrijire este de maximum 30 de zile.

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative, în funcție de nevoile pacientului. Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu se stabilește pe baza protocolului de monitorizare, în funcție de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă. Planul de îngrijiri poate fi revizuit în funcție de necesitățile pacientului.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative poate elibera prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pentru controlul simptomelor pacientului.

Condiții referitoare la îngrijirile medicale și paliative la domiciliu

Un pacient poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni; numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile, în ultimele 11 luni.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu sau îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar al doilea exemplar va fi înmânat pacientului, care îl va prezenta în original la casa de asigurări pentru a certifica încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care acesta poate beneficia. Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării recomandării, va înmâna pacientului sau reprezentantului legal al acestuia și lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu sau de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală, împreună cu datele de contact ale acestora.

Pentru ca pacientul să beneficieze de îngrijiri la domiciliu gratuite, aceste servicii trebuie să fie acordate de un furnizor aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate.

Medicamente compensate

Pacienții pot beneficia de medicamente suportate din FNUASS, care sunt eliberate pe baza unei prescripții medicale electronice sau a unei prescripții medicale cu regim special (*pentru psihotrope și stupefiante - formularele verzi sau galbene*).

În cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, pot fi prescrise și decontate doar acele medicamente incluse în Lista medicamentelor compensate aprobată prin Hotărâre a Guvernului.

Medicamentele decontate din FNUASS pot fi eliberate doar de către farmaciile comunitare care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate.

Medicul prescriptor

Medicamentele compensate pot fi prescrise de către medicul de familie sau medicul specialist (care își desfășoară activitatea în ambulatoriul de specialitate sau în spital) aflat în contract cu o casă de asigurări de sănătate. Anumite medicamente, restricționate prin protocoale terapeutice, pot fi prescrise doar de medicul specialist.

Pacientul poate beneficia de medicamente compensate pentru boala cronică deja confirmată și în cazul în care este internat într-un spital care nu deține respectivele medicamente. Astfel, medicii de familie și medicii din ambulatoriul de specialitate pot elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu medicamente pe care o depune spitalul la contractare. În această situație, prescripția medicală se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că pacientul este internat. Spitalele au obligația de a publica pe propria pagină web **lista medicamentelor disponibile** în respectivul spital.

De regulă, medicul curant prescrie medicamentele compensate pe substanță activă (*denumire comună internațională – DCI*), dar în anumite situații, cum ar fi produsele biologice, medicamentele aflate în contracte cost-volum sau cost-volum-rezultat sau în situații justificate medical, prescrierea poate fi și pe denumirea comercială a medicamentului.

Un exemplar al prescripției medicale este înmânat pacientului de către medic, pentru a fi depus la farmacie. În cazul prescripțiilor medicale electronice emise ca urmare a unei consultații la distanță efectuată de medicul de familie sau de medicul specialist, pacientul sau persoana care ridică medicamentele în numele pacientului poate printa documentul transmis de medic sau îl poate transmite farmaciei prin mijloace de comunicare electronică în vederea printării acestuia.

ATENȚIE!

- În sistemul asigurărilor sociale de sănătate, medicamentele compensate pot fi prescrise și decontate pentru afecțiunile care se regăsesc în „Rezumatul caracteristicilor produsului” aprobat de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România sau în condițiile prevăzute în protocoalele terapeutice pentru acele medicamente restricționate la prescriere.

Valabilitatea prescripției electronice

Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicamentele pot fi prescrise pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile.

Prescripția medicală pentru afecțiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar pentru afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

Prescripțiile emise pe o perioadă de 90/91/92 de zile, prescrise în regim online și semnate de către medicul prescriptor cu semnătură electronică extinsă, pot fi eliberate fracționat pentru 30/31/32 de zile, iar valabilitatea acestor prescripții este de maximum 92 de zile, în funcție de perioada prescrisă. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii prescripției.

Listele de compensare

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din FNUASS este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință. Procentul de compensare aplicat asupra prețului de referință este diferențiat în funcție de sublista în care se regăsește medicamentul prescris de către medicul curant, și poate fi de:

- **90%** corespunzător denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista A;
- **50%** corespunzător denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista B;
- **100%** corespunzător denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista C;
- **20%** corespunzător denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista D.

ATENȚIE!

Persoanele care provin din zona conflictului armat din Ucraina **sunt exceptate de la plata contribuției personale pentru medicamentele acordate în tratamentul ambulatoriu!**

Eliberarea medicamentelor în farmacie

Medicamentele pot fi ridicate de către pacienți din orice farmacie din țară, care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență pacientul sau de casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul, cu excepția medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.

Dispozitive medicale

Dispozitivele medicale se acordă pacienților, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza prescripției medicale eliberate de medicul aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Dispozitivele sunt eliberate pacienților doar de furnizori care se află în contract cu casa de asigurări de sănătate, prin cumpărare sau închiriere. Pentru anumite dispozitive medicale, pentru care prețul acestora este mai mare față de prețul pe care îl decontează CNAS pentru categoria respectivă de dispozitiv, există posibilitatea ca asiguratul să suporte o contribuție personală.

Beneficiarilor Ordonanței de urgență nr. 15/2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare, nu li se solicită contribuție personală.

Pachetul de bază pentru dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu cuprinde: dispozitive de protezare în domeniul ORL, dispozitive pentru protezare stomii, dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară, proteze pentru membre, orteze pentru coloana vertebrală sau membre, încălțăminte ortopedică, dispozitive pentru deficiențe vizuale, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, dispozitive pentru terapia cu aerosoli, dispozitive de mers, proteze externe de sân.

Procedura de obținere a dispozitivelor

Pacientul, o rudă de gradul I sau II, soțul/soția sau reprezentantul legal depune o cerere la casa de asigurări de sănătate, alături de următoarele documente:

- copia actului de identitate;
- prescripția medicală pentru dispozitiv;
- certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz.

Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitiv, cu specificarea domiciliului copilului, și copia certificatului de naștere. Documentele se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă sau prin mijloace de comunicare electronică.

Casa de asigurări de sănătate este obligată să analizeze și să decidă acceptarea sau respingerea cererii, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării acesteia.

În cazul acceptării, se va emite o decizie de aprobare pentru procurarea/ închirierea dispozitivului, în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, o rudă de gradul I sau II, soțul/soția sau reprezentantul legal al acestuia, sau se expediază prin poștă, la cerere.

În situația în care cererile pentru dispozitive depășesc fondul lunar aprobat, se întocmesc liste de prioritate, pe categorii de dispozitive. În acest caz, decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului, în ordinea listei de prioritate.

Pentru procurarea dispozitivului, pacientul, o rudă de gradul I sau II, soțul/soția sau reprezentantul legal se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii de dispozitive aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală. Documentele se pot transmite furnizorului și prin poștă/ curierat.

Măsuri pentru pacienții cu COVID - 19

Pentru persoanele asigurate, persoanele neasigurate, precum și pentru alte persoane aflate pe teritoriul României diagnosticate cu COVID-19 sunt decontate din FNUASS toate serviciile medicale și medicamentele necesare tratării acestora.

Totodată, toate persoanele aflate pe teritoriul României care prezintă simptome sugestive pentru COVID-19 beneficiază de consultații la distanță oferite de medicul de familie sau medicul specialist.

Pe baza confirmării infecției printr-un test antigen rapid sau test NAAT/RT-PCR identificat în platforma Corona Forms, în centrele de evaluare se acordă servicii medicale tuturor persoanelor care nu necesită oxigenoterapie, care au manifestări clinice ușoare sau medii de COVID-19 și care au cel puțin 2 factori de risc, fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere, la momentul prezentării.

În lista serviciilor medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi a fost introdus serviciul „*Evaluarea Sindromului Post Covid-19*”, pentru a veni în sprijinul pacienților care continuă să prezinte simptome o perioadă îndelungată de timp, unii chiar după ce au trecut printr-o formă ușoară a bolii.

De asemenea, pacienții care prezintă la externarea din spital insuficiență respiratorie medie sau severă post COVID-19 sau care au trecut printr-un sistem de triaj specific infecției cu virusul SARS- CoV-2 pot beneficia de **aparat pentru administrare continuă de oxigen** (*de tip concentrator de oxigen*). Pacienții cu anumite afecțiuni pot beneficia de ventilație noninvazivă. Detalii despre procedura prin care pot fi obținute aceste echipamente sunt prezentate la capitolul ***Dispozitive medicale***.

Pacienții cu afecțiuni post COVID-19 pot beneficia de **kinetoterapie, consiliere psihologică și psihoterapie**, la recomandarea medicilor din specialitățile clinice cardiologie și pneumologie. Aceste servicii sunt decontate în sistemul de asigurări de sănătate cu condiția ca medicii care le acordă să își desfășoare activitatea în clinici aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate. Modalitatea prin care pacienții pot accesa serviciile medicale este detaliată la capitolul ***Medicul specialist***.

Măsuri pentru femeia însărcinată

Serviciile medicale acordate femeii însărcinate sunt reglementate pe diferite paliere de asistență medicală, după cum urmează:

- **Asistența medicală primară**

Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei:

- luarea în evidență în primul trimestru;
- supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;
- supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la domiciliu;
- urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu.

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.

Odată cu prima prezentare la medicul de familie a femeii însărcinate, medicul de familie va elibera documentul prin care se atestă existența sarcinii.

Pentru a veni în sprijinul gravidei, pentru asigurarea unui acces mai bun la servicii medicale în pachetul de bază se regăsesc și **două servicii medicale diagnostice și terapeutice: supraveghere travaliu fără naștere și naștere inopinată** - aceste servicii se pot acorda de către medicul de familie inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

▪ **Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice**

Serviciile medicale paraclinice: Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau, Examen din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană, Examen din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică, Antibiogramă și Antifungigramă, se regăsesc în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice. Aceste servicii pot fi recomandate și de către medicii de familie.

Investigațiile medicale paraclinice *Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II și Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN* se regăsesc în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice și sunt decontate din FNUASS numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală.

▪ **Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice**

- **Servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei** - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

- **Servicii medicale în scop diagnostic - caz**

Aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi, se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic și se decontează **numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii:**

▪ **Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)**

Servicii obligatorii: Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie, Hemoleucogramă completă, Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO, Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh, Uree serică, Acid uric seric, Creatinină serică, Glicemie, TGP, TGO, TSH, Examen complet de urină (sumar + sediment), VDRL sau RPR, Testare HIV la gravidă, Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C), Secreție vaginală, Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28+6 zile) sau **Biometrie fetală (S29-S33+6 zile)** sau Detecția Streptococului de grup B (S34 – S37+6 zile), Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii.

Acest serviciu medical în scop diagnostic – caz se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3, 2 sau 1.

Specialitățile care acordă acest serviciu sunt:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;

- paraclinice: medicină de laborator.

Pachetul de servicii medicale corespunzător atât **Supravegherii unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale**

patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV), cât și Supravegherii unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV) se contractează numai de unitățile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează consultația de specialitate și ecografia de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii, precum și laborator de analize medicale pentru efectuarea tuturor analizelor medicale prevăzute în cadrul pachetului.

În situația în care serviciile medicale corespunzătoare **Supravegherii unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale)** și **Supravegherii unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale)** se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile, pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale corespunzătoare **Screening-ului prenatal (S11 - S19+6 zile).**

- **Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile)**

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrativă a rezultatelor), **Dublu test / triplu test, Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19 + 6 zile).**

Acest serviciu medical în scop diagnostic – caz se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 1, 2 sau 3.

Specialități care acordă serviciul de screening prenatal:

- clinice: obstetrică-ginecologie; medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică sau supraspecializării în medicina materno-fetală;

- paraclinice: medicină de laborator.

- **Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)**

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, Hemoleucogramă completă, Creatinina serică, Acid uric seric, TGP, TGO, Examen complet de urină (sumar + sediment), Dozare proteine urinare, Proteine totale serice, Ecografie obstetricală și ginecologică.

Aceste servicii se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2.

Specialități care acordă serviciile mai sus enumerate:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;

- paraclinice: medicină de laborator.

- **Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)**

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, Hemoleucogramă completă, Sodiu seric, Potasiu seric, Examen complet de urină (sumar + sediment), Uree serică, Acid uric seric, Creatinină serică, Ecografie obstetricală și ginecologică.

Aceste servicii se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2.

Specialități care acordă serviciile mai sus enumerate:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;
- paraclinice: medicină de laborator.

▪ **Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în trimestrul III)**

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, Cardiotocografie, Ecografie obstetricală și ginecologică.

Aceste servicii se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2.

Specialități care acordă serviciile mai sus enumerate:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;
- paraclinice: medicină de laborator.

Serviciile medicale mai sus enumerate sunt servicii în regim de spitalizare de zi care se pot acorda atât în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, cât și în regim de spitalizare de zi.

În plus, **monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburări de coagulare / trombofilii ereditare și dobândite** se regăsește în pachetul de bază din asistența medicală spitalicească.

Servicii obligatorii: Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie, Antitrombină III, Proteină C, Proteină S, Dozarea hemocisteinei serice, Control hemocisteină serică, Factor V Leyden, Anticoagulant lupic screening, Anticoagulant lupic confirmare, Ecografie obstetricală și ginecologică,

Serviciul se acordă în trimestrul I sau II de sarcină, la gravidele cu cel puțin unul din următorii factori de risc vascular și obstetrical:

- antecedente personale de boală tromboembolică;
- istoric familial (rude de gradul I cu boala tromboembolică sau antecedente heredocolaterale pozitive de trombofilie);
- avorturi recurente de prim trimestru, de cauză necunoscută;
- sarcini oprite în evoluție;
- naștere prematură;
- hipertensiune arterială indusă de sarcină;
- dezlipire de placentă normal inserată;
- insuficiență placentară.

De asemenea, în regim de spitalizare de zi pot fi efectuate și servicii de amniocenteză, cordonocenteză, respectiv biopsie de vilozități coriale; biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuate numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți - la recomandarea medicului genetician sau risc de aneuploidii mai mare de 1/250 în urma screening-ului genetic prenatal: test combinat (markeri ecografici și dublu test sau triplu test); în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate. Cordonocenteza se decontează la gravide în trimestrul II de

sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu indicație în scop diagnostic sau terapeutic; în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate.

Testarea genetică a probelor prelevate prin biopsie de vilozități coriale, amniocenteză sau cordonocenteză se realizează prin una din următoarele tehnici: citogenetică, FISH, MLPA, QF-PCR.

Serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi pot fi acordate și în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicații sau comorbidități cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleției volemice, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.

PROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

Programele naționale de sănătate reprezintă un ansamblu de acțiuni orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică. Programele naționale de sănătate publică (cu accent pe prevenție) sunt derulate de către Ministerul Sănătății, iar Casa Națională de Asigurări de Sănătate derulează programele naționale de sănătate curative (cu accent pe tratament).

Scopul programelor naționale de sănătate curative (PNSC) este de asigura tratamentul specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice. Bolnavii pot beneficia în cadrul PNSC de următoarele:

- medicamente,
- materiale sanitare,
- dispozitive medicale,
- servicii specifice (exp. radioterapie, servicii de dializă),
- investigații specifice (exp. dozarea hemoglobinei glicozilate, investigații PET-CT) în funcție de afecțiunea tratată în PNSC.

În cazul programului național de suplere a funcției renale (dializă) la bolnavii cu insuficiență renală cronică se asigură, pe lângă medicamente și materiale sanitare și investigații medicale, transport nemedicalizat al bolnavilor hemodializați de la și la domiciliul acestora și transport lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

În cadrul PNSC se asigură doar acele medicamente incluse în Lista medicamentelor compensate aprobată prin Hotărâre a Guvernului, care pot fi prescrise și decontate doar pentru afecțiunile care fac obiectul PNSC.

Medicamentele care se acordă în cadrul PNSC pot fi eliberate prin farmacii comunitare (farmacii cu circuit deschis) sau farmacii ale spitalelor (farmacii cu circuit închis).

Medicamentele pentru bolnavii cu scleroză multiplă, hemofilie, unele boli rare, boli endocrine, pentru tratamentul substitutiv cu metadonă și pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic, incluși în PNSC, se eliberează doar prin farmaciile de spital.

Medicamentele pentru bolnavii cu diabet zaharat, pentru tratamentul stării post transplant, cu excepția tratamentului recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic, pentru tratamentul pacienților cu unele boli rare (mucoviscidoză, scleroză laterală amiotrofică, angioedem ereditar, fibroza pulmonară idiopatică, maladia Duchenne, sindromul Prader - Willi, neuropatie optică ereditară – Leber și limfangioleiomiomatoză) se eliberează prin farmaciile comunitare.

Medicamentele pentru bolnavii cu talasemie, atrofie musculară spinală, purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, boala Fabry se eliberează atât prin farmaciile comunitare cât și prin farmaciile de spital.

Înrolarea pacienților într-un program național de sănătate curativ:

În funcție de afecțiune pacientului starea sa de sănătate și ținând cont de criteriile de eligibilitate, medicul specialist poate decide înrolarea în PNSC.

Prescrierea tratamentului se realizează de către medicul specialist conform condițiilor prevăzute la capitolul **Medicul Specialist**. Pentru anumite afecțiuni tratamentul poate fi prescris în continuare de către medicul de familie în baza scrisorii medicale emise de medicul specialist.

Pentru a putea beneficia de tratamentul oferit prin PNSC, pacienții trebuie să se adreseze unui medic specialist care își desfășoară activitatea într-o unitate sanitară care derulează programul respectiv. Lista acestor unități sanitare poate fi vizualizată pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate, la secțiunea **„Informații pentru asigurați” – „Programe Naționale de Sănătate Curative”**

Programele naționale de sănătate curative derulate de către CNAS sunt:

- Programul național de boli cardiovasculare;
- Programul național de oncologie;
- Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile;
- Programul național de diabet zaharat;
- Programul național de tratament al bolilor neurologice;
- Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei;
- Programul național de tratament pentru boli rare;
- Programul național de sănătate mintală;
- Programul național de boli endocrine;
- Programul național de ortopedie;
- Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;
- Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice;
- Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță
- Programul național de PET-CT.