

## ORDIN Nr. 1844/1119/2020

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 pentru anii 2018 – 2019

Având în vedere Referatul de aprobare nr. 11.680 din 30 octombrie 2020 al Ministerului Sănătății și nr. DG 4.240 din 29 octombrie 2020 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 pentru anii 2018 - 2019, cu modificările și completările ulterioare;

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

- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

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

### ART. I

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 pentru anii 2018 - 2019, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 273 și 273 bis din 28 martie 2018, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1. În anexa nr. 1, la litera B punctul 1 subpunctul 1.5, după litera i) se introduce o nouă literă, litera j), cu următorul cuprins:**

"j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;"

**2. În titlul anexei nr. 49, sintagma "30 septembrie 2020" se înlocuiește cu sintagma "31 decembrie 2020".**

**3. În anexa nr. 49, articolul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:**

"ART. 2

(1) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externare din spital, în regim ambulatoriu, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru monitorizare pacient COVID-19.

(2) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective.

(3) Investigațiile medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externare din spital, în regim ambulatoriu, respectiv investigațiile medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare, pentru afecțiunile respective, se efectuează atât pe baza biletelor de trimitere aflate în termen de valabilitate care nu au evidențiat faptul că investigațiile au fost recomandate pentru monitorizare, dar nu mai târziu de 31 decembrie 2020, precum și pe baza biletelor de trimitere care au evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru monitorizare."

**4. În anexa nr. 49, articolul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:**

"ART. 3

(1) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă, prin cheltuieli efectiv realizate se înțelege totalitatea cheltuielilor așa cum sunt prevăzute în clasificția bugetară, cu excepția celor care se suportă din alte surse decât Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Serviciile realizate în anul 2020 până la data de 31 decembrie de unitățile sanitare cu paturi, inclusiv sanatorii, și de unitățile specializate care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat nu sunt supuse regularizării trimestrului IV 2020 și a anului 2020."

**5. În anexa nr. 49, articolul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:**

"ART. 4

(1) Pentru medicamentele fără interferon ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, prescrierea se realizează astfel:

a) Pentru pacienții care au domiciliul în județul în care se derulează contracte cost-volum-rezultat, pentru care tratamentul a fost inițiat în perioada stării de urgență instituite pe teritoriul României sau ulterior acesteia, dar nu mai târziu de 31 decembrie 2020, în situația în care medicul de specialitate prevăzut în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocolelor 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, se află în imposibilitatea obiectivă de a emite prescripția medicală în continuare, prescrierea în continuare a medicamentelor se poate face de către un medic în specialitatea medicină internă din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice sau de către medicul de familie pe lista căruia este înscris pacientul, în baza scrisorii medicale și a

confirmării înregistrării formularului specific de prescriere, în vederea asigurării continuității tratamentului.

b) Pentru pacienții care au domiciliul într-un județ în care nu se derulează contracte cost-volum-rezultat, pentru care tratamentul a fost inițiat în perioada stării de urgență instituite pe teritoriul României sau ulterior acesteia, dar nu mai târziu de 31 decembrie 2020, prescrierea se realizează astfel:

1. Pentru pacientul adult prescrierea se face în continuare de medicul de specialitate gastroenterologie sau boli infecțioase aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare. În situația în care medicul din specialitățile mai sus menționate este în imposibilitatea obiectivă de a emite prescripția medicală, aceasta va fi emisă de un medic în specialitatea medicină internă din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

2. Pentru pacientul adolescent cu vârsta cuprinsă între 12 și < 18 ani, prescrierea se face în continuare de medicul de specialitate pediatrie cu supraspecializare/competență/atestat în gastroenterologie pediatrică, medicii de specialitate gastroenterologie pediatrică și medicii de specialitate boli infecțioase aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare. În situația în care medicul din specialitățile mai sus menționate este în imposibilitatea obiectivă de a emite prescripția medicală, prescripția medicală va fi emisă de un medic în specialitatea pediatrie din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

c) Inițierea tratamentului cu medicamentele fără interferon ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, atât pentru pacienții adulți, cât și pentru pacienții adolescenți cu vârsta cuprinsă între 12 și < 18 ani, indiferent de domiciliul acestora, se efectuează doar de către medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prevăzute în protocolul terapeutic aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

d) Pentru medicamentele fără interferon ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat prescrise în condițiile de la lit. b), cu excepția medicamentului «SOFOSBUVIRUM + VELPATASVIRUM + VOXILAPREVIRUM», eliberarea se va realiza conform procedurii elaborate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru perioada stării de urgență, care este publicată pe pagina proprie de web, la adresa [www.cnas.ro](http://www.cnas.ro).

(2) Pentru pacienții cu boli cronice aflați în tratament cu medicamente notate cu (\*\*), (\*\*1) și (\*\*1Ω) în lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei 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, republicată, cu modificările ulterioare, prescrierea în continuare a tratamentului specific se efectuează în baza documentelor medicale emise ca urmare a evaluărilor medicale periodice.

Evaluările medicale periodice a căror termen de valabilitate - ce a fost prelungit în perioada stării de urgență - încetează după încetarea stării de urgență, precum și evaluările periodice programate ulterior încetării acestei stări vor fi efectuate în conformitate cu protocoalele terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Prescripția medicală cu regim special utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope nu poate fi transmisă prin mijloace de comunicare electronică.

(4) În vederea eliberării prescripțiilor medicale electronice online emise ca urmare a unei consultații la distanță atât de medicii de familie, cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, utilizând semnătura electronică extinsă, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta/transmite farmaciei în vederea printării acestuia.

(5) În vederea eliberării prescripțiilor medicale electronice off-line emise ca urmare a unei consultații la distanță atât de medicii de familie, cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta/transmite farmaciei în vederea printării acestuia."

**6. În anexa nr. 49, după articolul 4 se introduce un nou articol, articolul 5, cu următorul cuprins:**

"ART. 5

Se prelungește până la data de 31 decembrie 2020 termenul de valabilitate pentru următoarele documente a căror valabilitate expiră până la această dată:

a) biletele de trimitere pentru specialități clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;

b) biletele de trimitere pentru specialități paraclinice;

c) recomandările medicale pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive - ce se depun/se transmit la casa de asigurări de sănătate;

d) deciziile de aprobare pentru procurarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive. În cazul deciziilor pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, pentru dispozitivele de protezare stomii și pentru dispozitivele pentru incontinență urinară, al căror termen de valabilitate a fost prelungit, se emite o nouă decizie de aprobare, cu precizarea duratei pentru care se prelungește decizia inițială, precum și taloanele aferente perioadei pentru care a fost prelungită decizia. Atât noua decizie, cât și noile taloane se transmit persoanei beneficiare prin orice mijloace de comunicare."

**7. În tot cuprinsul ordinului, sintagma "ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune**

**sănătății proprii persoane, din culpă" se înlocuiește cu sintagma "ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane".**

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând din luna octombrie 2020.

Ministrul sănătății,  
**Nelu Tătaru**

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Adela Cojan**