



## CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

Aleea Muncii Nr. 1-3, Slatina, Olt	Nr.ord.com/an	989/1998
Tel: 0372756671, 0372756679	A.F./C.U.I.	11340121
Fax: 0372877480	Contul	
TEL VERDE: 0800.800.961	Banca	TREZORERIA SLATINA
E-mail: <a href="mailto:dircontr.casot@gmail.com">dircontr.casot@gmail.com</a>	Capital social	-

Operator de date cu caracter personal, nr. 256

Nr. 13.644/26.05.2020

Către,

### FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Începând cu data de 15 mai 2020, potrivit capitolului II din OUG 70/2020 pentru acordarea și decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, inclusiv a activităților cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate se instituie următoarele măsuri :

#### **Art. 10**

”(1) Serviciile medicale și medicamentele pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României și se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate...

(2) Prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, serviciile medicale, îngrijirile la domiciliu, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Pentru serviciile medicale și îngrijirile la domiciliu, precum și pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive, înregistrate/eliberate off-line, nu este obligatorie transmiterea în Platforma informatică a asigurărilor de sănătate a acestora în termen de 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării”

Schimbări preconizate: în coroborare cu reglementările art. 10 alin. (2) și (3) din OUG 70/2020 și pentru a asigura o trecere graduală de la starea de urgență, în cadrul căreia serviciile medicale au fost acordate fără validarea acestora cu cardul național de asigurări de sănătate, și a limita riscul iminent asupra stării de sănătate a populației urmare a evoluției ulterioare a epidemiei - pentru domeniile de asistență medicală primară și asistență medicală ambulatorie de specialitate nu va fi utilizat cardul național de asigurări de sănătate până la data de 30 septembrie 2020, iar serviciile acordate de către unitățile sanitare cu paturi, furnizorii de investigații paraclinice, furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de servicii stomatologice, furnizorii de dispozitive medicale și furnizorii de medicamente, serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale în ambulatoriu vor fi validate cu cardul național de asigurări de sănătate începând cu data de 1 iulie 2020.

De asemenea, nu este obligatorie transmiterea în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în termen de 3 zile lucrătoare de la data acordării, respectiv eliberării, a serviciilor medicale și îngrijirilor la domiciliu, respectiv a dispozitivelor medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive, înregistrate/eliberate off-line.

”7) Serviciile medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se decontează la nivelul activității efectiv realizate, dar nu mai mult de 8 consultații/oră/medic.

(8) Consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare. Consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se acordă cu încadrarea în numărul maxim de consultații prevăzut la alin. (7). ”

Schimbări preconizate: pentru coroborare cu reglementările art. 10 alin. (1), (7) și (8) din OUG nr. 70/2020:

- numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de maxim 8 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice;



- consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate atât de medicii de familie cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră;

- pacienții simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID 19, beneficiază de consultații, inclusiv consultații la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României;

- serviciile conexe actului medical din cele prevăzute în pachetul de servicii de bază din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pot fi acordate și la distanță, respectiv serviciile conexe furnizate de psiholog și logoped.

” (9) Pentru pacienții cronici, medicii de familie pot prescrie inclusiv medicamentele restricționate din 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. ”

Schimbări preconizate: pentru coroborare cu reglementările art. 10 alin. (9) din OUG nr. 70/2020 este necesar ca medicii de familie să poată prescrie medicamente din Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, pentru care există restricții de prescriere, astfel încât asigurații să poată beneficia la timp de medicația necesară:

- medicii de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emisă de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu \* din Lista de medicamente aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

- medicul de familie poate emite prescripție medicală, în continuare, pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care până la data instituirii stării de urgență erau prescrise de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în H.G. nr.720/2008, cu modificările și completările ulterioare și în Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008 cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție medicamentele/materialele sanitare utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care se eliberează exclusiv prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare cu paturi;

- pentru medicamentele notate cu (\*\*), (\*\*1), (\*\*1Ω) și (\*\*1 β) în Lista de medicamente aprobată prin HG nr 720/2008 cu modificările și completările ulterioare, detalierea modalității de prescriere se realizează prin normele metodologice de aplicare a HG nr. 140/2008, cu modificările și completările ulterioare, asigurându-se condițiile care să asigure accesul facil al pacientului la aceste medicamente.

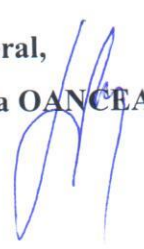
## Art. 11

”Documentele utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate care expiră până la data de 30 septembrie 2020 își mențin valabilitatea în funcție de evoluția situației epidemiologice, în condițiile stabilite prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. ”

Se preconizează prelungirea până la data de 30 septembrie 2020 a termenului 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/transmit la casa de asigurări de sănătate;
- d) deciziile de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, tehnologii și dispozitive asistive. În cazul deciziilor pentru dispozitivele acordate prin închiriere, al căror termen de valabilitate a fost prelungit, se emite o nouă decizie de aprobare cu precizarea duratei pentru care se prelungeste 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.
- e) deciziile de aprobare emise de către comisia de specialitate de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru efectuarea investigației PET-CT;

Director General,  
Sorina Daniela OANCEA



Director Direcția Relații Contractuale,  
Ec. Carmen Cîrjan

