

## COMUNICAT

### Reglementări în sistemul de sănătate aplicabile în trimestrul II al anului 2021

Executivul a aprobat două acte normative care reglementează condițiile de acordare a serviciilor medicale în sistemul de sănătate în trimestru II al anului 2021, urmând ca până la data de 1 iulie 2021 să fie elaborate și aprobate actele normative necesare pentru punerea în aplicare a unor noi reglementări.

Actele normative aprobate de Guvern asigură cadrul legal pentru decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale contractate, precum și reglementările aplicabile în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2, pentru trimestrul II al anului 2021, printre care se numără următoarele:

- Consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și în ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog și logoped, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare.
- Consultațiile medicale la distanță se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia; toate celelalte servicii medicale vor fi validate cu cardul de sănătate.
- Consultațiile la distanță din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, precum și cele de îngrijiri paliative în ambulatoriu se acordă fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere. Pentru toate celelalte consultații este necesar biletul de trimitere.
- Medicii de familie pot prescrie în continuare pentru pacienții cronici inclusiv medicamentele restricționate din lista de medicamente compensate și gratuite care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu mențiunea că pentru medicamentele care se eliberează în baza unor protocoale terapeutice și a unor formulare specifice (medicamente notate cu (\*\*) $\Omega$ , (\*\*) $\Omega$  și (\*\*) $\beta$  în Lista de medicamente compensate și gratuite) este necesară evaluarea periodică a medicului de specialitate pentru a confirma sau modifica schema de tratament, la termenele prevăzute în protocoalele terapeutice sau în scrisorile medicale.

- Medicii de familie inițiază tratamentul specific și în absența unei scrisori medicale emise de medicul din ambulatoriul de specialitate/spital pentru medicamentele notate cu \* din Lista de medicamente compensate și gratuite, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008.
- Medicii de familie pot emite prescripție medicală în continuare pentru pacienții cu boli cronice cu schemă terapeutică stabilă, în baza documentelor medicale care au fost emise pacientului de către medicul specialist - scrisoare medicală și/sau confirmarea înregistrării formularului specific de prescriere, și pentru medicamentele care se prescriu de către medicii specialiști în conformitate cu limitările de prescriere prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008.
- Pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, documentele pot fi transmise prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate necesare asiguraților.

**Important!** O serie de documente, a căror valabilitate a fost prelungită în repetate rânduri pe perioada stării de alertă, își vor pierde valabilitatea în data de 31 martie, fiind necesară o nouă evaluare a medicului specialist pentru emiterea de noi documente:

- biletele de trimitere pentru specialități clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;
- biletele de trimitere pentru specialități paraclinice;
- recomandările medicale pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive ce se depun/se transmit la casa de asigurări de sănătate;
- deciziile de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, tehnologiilor și dispozitivelor asistive.

Conform reglementărilor în vigoare, perioada de valabilitate a acestor documente este următoarea:

- Biletul de trimitere pentru specialități clinice are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Excepții:
  - Pentru toate bolile cronice, biletele de trimitere pentru specialitățile clinice și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice.
  - Biletul de trimitere pentru specialități clinice recomandate de medicul de familie, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 de zile calendaristice.
- Biletul de trimitere pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare are o valabilitate de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii.

- Biletul de trimitere pentru specialități paraclinice are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepție:
  - Pentru toate bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice este de până la 90 de zile calendaristice.
  - Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice și citologice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice.
  - Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 de zile calendaristice.
  - Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) are valabilitate 90 de zile.
- Recomandarea medicală pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive își pierde valabilitatea dacă nu este depusă la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Precizări:
  - În situația pacienților cu stome permanente, pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată pentru un interval de maximum 12 luni consecutive.
  - În situația pacienților cu incontinență urinară permanentă, pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată pentru un interval de maximum 12 luni consecutive.
  - Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilare noninvazivă prescripția medicală se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată pentru un interval de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.
- Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical are un termen de valabilitate de 30 de zile calendaristice de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția următoarelor situații:
  - Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este

însoțită de o anexă cu 3 taloane sau 12 taloane, după caz, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripția medicală.

- Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice.
- Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, respectiv maximum 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz.
- Pentru aparatele de ventilație noninvazivă decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală și nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz.
- Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante, aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen și ventilație noninvazivă este însoțită de o anexă cu 3 sau 12 taloane, după caz, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripția medicală.

*„În condițiile determinate de evoluția situației epidemiologice, aceste noi măsuri asigură accesul neîntrerupt și nediscriminatoriu al asiguraților la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale necesare pentru diagnosticarea, tratarea și monitorizarea bolilor, inclusiv a celor cu impact major asupra stării de sănătate”, a declarat Adrian Gheorghe, președintele CNAS.*

Reglementările fac obiectul celor două acte normative aprobate de guvern în data de 25 martie 2021: Hotărârea de Guvern care prevede prelungirea termenului de aplicare a prevederilor HG nr. 140/2018 și Ordonanța de Urgență pentru stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru abrogarea unor prevederi din OUG nr. 70/2020.

**Biroul de presă**