CNAS

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Ghidul asiguratului

Ediția a II-a
Martie 2024

Cuprins

Informații generale

Informații pentru parcurgerea ghidului 1
Introducere în sistemul asigurărilor sociale de sănătate 3
Pachetele de servicii. Calitatea de asigurat, drepturi și obligații ale asiguraților 5
Cardul național de sănătate 7

Domenii de asistență

Medicul de familie 8
Medicul specialist 13
Analize de laborator și investigații imagistice 16
Asistența spitalicească 18
Medicul dentist/stomatolog 20
Servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare 21
Consultații de urgență la domiciliu și transport neasistat 23
Îngrijiri la domiciliu 25
Medicamente compensate 28
Dispozitive medicale 31

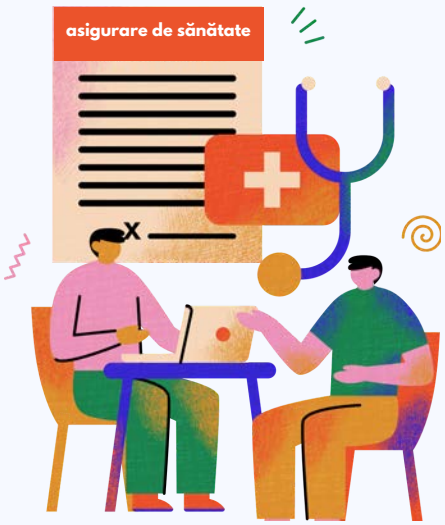
Teme speciale

Măsuri pentru femeia însărcinată 33
Cardul european de sănătate și formularele europene. Rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări 37
Programele naționale de sănătate curative 41
Concedii medicale 43

Informații pentru parcurgerea ghidului

Aceasta este a doua ediție a Ghidului asiguratului elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

Ghidul își propune să sintetizeze cele mai relevante informații legate de modul de funcționare a **sistemului asigurărilor sociale de sănătate și de serviciile acordate în cadrul acestuia.**



Informațiile detaliate în acest ghid se referă la reglementările în vigoare începând cu luna iulie 2023*.
Serviciile descrise în ghid sunt oferite doar la cabinetele și centrele medicale, laboratoarele de analize, spitalele, farmaciile și orice alți furnizori de servicii care sunt în contract cu o casă de asigurări de sănătate aflată în subordinea CNAS.

**puteți urmări eventualele modificări ale reglementărilor pe pagina web a CNAS, www.cnas.ro*

Prima parte a ghidului reprezintă o introducere în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România și oferă informații despre (1) calitatea de asigurat, (2) tipurile de pachete de servicii, (3) drepturile și obligațiile asiguratului și (4) cardul național de asigurări de sănătate și modalitatea de a intra în posesia acestuia.

În **a doua parte a ghidului** sunt detaliate pachetele de servicii pentru persoanele asigurate și pentru neasigurați pentru fiecare domeniu de asistență medicală, precum și modul prin care pacienții pot beneficia de aceste servicii, cu ce regularitate și pentru ce afecțiuni.

A treia parte a ghidului cuprinde patru teme specifice: (1) măsuri pentru femeia însărcinată, (2) cum pot beneficia asigurații de asistență medicală în alte țări și modul de rambursare a cheltuielilor, (3) programele naționale de sănătate curative derulate de CNAS, (4) concedii medicale.

Vă invităm să ne transmiteți propuneri și recomandări cu privire la această ediție a ghidului, conform instrucțiunilor de pe ultima pagină.

Sugestiile primite de la dumneavoastră vor sta la baza redactării unei viitoare ediții a acestui ghid.

Informații generale

Introducere în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației și are ca obiectiv protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident.

Fiecare asigurat trebuie să beneficieze în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu de serviciile prevăzute de lege.

Asigurările sociale de sănătate oferă acces la un pachet de servicii minimal și unul de bază, care cuprind servicii medicale pentru prevenirea bolilor, curative, medicamente și dispozitive medicale.

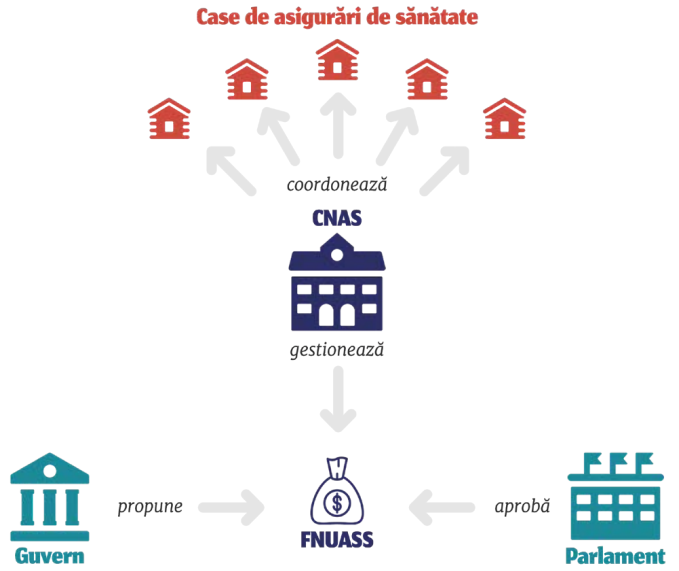
Pachetele de servicii din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin Hotărâre a Guvernului, la propunerea CNAS, în acord cu aspectele prevăzute de Parlament în legea care guvernează sistemul de sănătate (Legea nr. 95/2006).

Lista medicamentelor de care beneficiază asigurații în sistem compensat și gratuit se aprobă de Guvern, la propunerea Ministerului Sănătății, cu avizul CNAS.

Contribuția de asigurări sociale de sănătate, precum și sumele provenite din alte surse, precum dobânzi, donații, subvenții de la bugetul de stat, constituie Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate (FNUASS).

Acesta este gestionat de CNAS, împreună cu casele de asigurări de sănătate.

Bugetul FNUASS, inclusiv modul în care sunt alocate sumele pe diferite segmente de asistență, se aprobă de Parlament, la propunerea Guvernului, și reprezintă o anexă la Legea Bugetului de Stat.



Colectarea contribuției de asigurări sociale de sănătate se află în responsabilitatea Ministerului Finanțelor Publice, prin Agenția Națională de Administrare Fiscală *(ANAF)*.

Veniturile pentru care se datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate și cota de contribuție sunt definite prin **Codul Fiscal.**

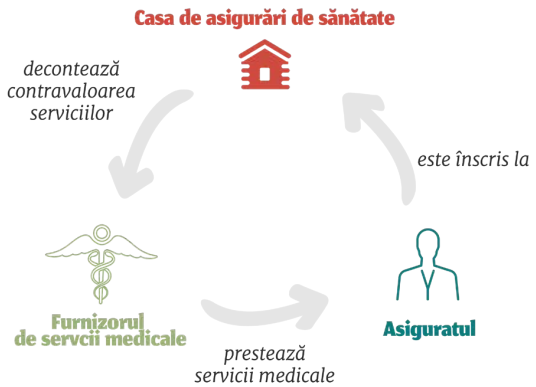
Ministerul Sănătății este autoritatea centrală în domeniul sănătății, aflată în subordinea Guvernului României, responsabilă pentru stabilirea viziunii și strategiei în ceea ce privește politicile publice de sănătate.

CNAS are rolul de a administra și gestiona sistemul asigurărilor sociale de sănătate, astfel încât să fie puse în aplicare politicile publice și programele Guvernului în domeniul sanitar.

Misiunea CNAS este de a realiza un sistem de asigurări sociale de sănătate modern și eficient, pus permanent în slujba interesului public și a asiguratului, pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

În subordinea CNAS se află 43 de case de asigurări de sănătate: 41de case de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București (CASMB) și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (CASAOPSNAJ).

Casele de asigurări de sănătate (nu CNAS) încheie contracte directe cu cabinete, clinici, spitale, farmacii, laboratoare și alți furnizori de servicii medicale. Serviciile care se regăsesc în pachetele decontate din FNUASS se acordă în baza contractelor dintre casele de asigurări de sănătate și furnizori.



Atenție!

Casele de asigurări de sănătate:

- nu încheie contracte direct cu asigurații, ci cu furnizorii de servicii medicale;
- nu decontează asiguraților contravaloarea serviciilor medicale de care au beneficiat, ci furnizorilor cu care se află în contract.

Pachetele de servicii. Calitatea de asigurat, drepturi și obligații ale asiguraților

Pachete de servicii medicale

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, **persoanele asigurate,** indiferent de forma prin care a fost dobândită calitatea de asigurat, beneficiază de **pachetul de bază** de servicii medicale, care cuprinde servicii furnizate de medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu și spital, investigații paraclinice, îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, medicamente compensate, dispozitive medicale, servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare.

Persoanele neasigurate beneficiază de servicii cuprinse într-un **pachet minimal de servicii medicale,** care cuprinde servicii care se acordă în caz de urgențe medico- chirurgicale și boli cu potențial endemo-epidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a lehuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție.

La nivelul medicului de familie, persoanele neasigurate beneficiază de un **pachet minimal extins, similar cu pachetul de bază.**

Calitatea de asigurat

Codul Fiscal prevede următoarele: „Cota de contribuție de asigurări sociale de sănătate este de 10% și se datorează de către persoanele fizice care au calitatea de angajați, cele care realizează venituri pentru care există obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și de către cele care nu realizează venituri dar optează să se asigure în sistem".

Anumite categorii de persoane sunt **asigurate fără plata contribuției, printre care:**

- copiii până la vârsta de 18 ani și tinerii cu vârsta între 18-26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, studenții și studenții doctoranzi, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale;
- soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- femeile însărcinate și lăuzele;
- persoanele cu handicap;
- bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate;
- beneficiarii legilor speciale;
- pensionarii;
- persoanele care se află în concedii acordate în baza Legii 346/2002 (urmare unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale);
- persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului în vârstă de până la doi ani sau, după caz, până la trei ani;
- persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj.

Drepturile asiguraților

În cadrul sistemului de asigurări sociale, asiguraţii au următoarele **drepturi:**

- să aleagă furnizorii de servicii medicale, precum şi casa de asigurări de sănătate la care se înscriu;
- să fie înscrişi pe lista unui medic de familie ales în mod liber;
- să îşi schimbe medicul de familie ales, dar nu mai des de o dată la 6 luni;
- să beneficieze de servicii de asistenţă medicală preventivă şi de promovare a sănătăţii, servicii medicale în ambulatorii şi în spitale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, servicii medicale de urgenţă, unele servicii de asistenţă stomatologică, tratament fizioterapeutic şi de recuperare, dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive;
- să li se garanteze confidenţialitatea privind datele, în special în ceea ce priveşte diagnosticul şi tratamentul;
- să aibă dreptul la informaţii în cazul tratamentelor medicale;
- să beneficieze de concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile legii.

Obligațiile asiguraților

Pentru a putea beneficia de drepturile anterior menţionate, asiguraţii au următoarele **obligaţii**:

- să se înscrie pe lista unui medic de familie;
- să anunţe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- să se prezinte la controalele profilactice şi periodice;
- să anunţe în termen de 15 zile medicul de familie şi casa de asigurări de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asiguraţi;
- să respecte tratamentul şi indicaţiile medicului şi să aibă o conduită civilizată faţă de personalul medico-sanitar;
- să achite contribuţia datorată fondului şi suma reprezentând coplata/contribuţia personală, în condiţiile legii.

Verificarea calităţii de asigurat se poate face online, prin interogarea aplicaţiei disponibile pe pagina web a CNAS şi pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate - http://cnas.ro/verificare-asigurati/

Cardul național de sănătate

Ce este cardul național de sănătate?

Cardul de sănătate este instrumentul, personal și netransmisibil, de acces la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale din pachetul de bază.

Cum se obține cardul național de sănătate?

Cardurile se emit din oficiu, prin extrageri periodice din registrul național de evidență al asiguraților. Comenzile de tipărire se transmit centralizat, la nivel național, pentru persoanele care împlinesc vârsta de 18 ani și/sau cele care dobândesc calitatea de asigurat.

Cum se utilizează cardul național de sănătate?

Odată activat, cardul de sănătate va fi prezentat ori de câte ori asiguratul accesează servicii medicale sau farmaceutice la furnizorii aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția unor cazuri reglementate de lege. Furnizorul va introduce cardul în cititor, iar asiguratul va tasta codul PIN.

Cum se procedează în situația în care cardul de sănătate se blochează?

Dacă asiguratul tastează greșit codul PIN de cinci ori consecutiv, cardul se blochează. Furnizorul va contacta helpdesk:

0800- 800-950

suport.ceas@casan.ro

Cum se obține un nou card de sănătate?

Asigurații care au primit carduri de sănătate cu date personale eronate sau au pierdut/distrus acest document, pot solicita eliberarea unui nou card la casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află, în baza următoarelor documente: cerere tip, copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului duplicat. Documentele necesare pot fi transmise către casa de asigurări de sănătate și electronic.

Adeverința de înlocuire a cardului

În cazul solicitării unui duplicat al cardului de sănătate, până la primirea acestuia, asiguratul va beneficia de servicii în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în baza unei adeverințe de înlocuire a cardului, care are valabilitate 2 luni și se poate reînnoi.

Pentru asigurații care refuză primirea cardului de sănătate, în baza unei cereri în care expun motivele refuzului, casa de asigurări de sănătate eliberează periodic, la solicitarea asiguratului, adeverința de înlocuire a cardului, cu valabilitate de 3 luni.

Atenție!

Asigurații pentru care încă nu a fost emis cardul **pot beneficia de servicii medicale** fără prezentarea cardului/adeverinței de asigurat eliberată de casa de asigurări.

Serviciile medicale de urgență, serviciile medicale și serviciile conexe actului medical acordate la distanță nu necesită utilizarea cardului de sănătate.

Perioada de valabilitate a cardului de sănătate se prelungește automat.

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.

Orice persoană se poate înscrie pe lista unui medic de familie pe care îl alege, care poate fi schimbat după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii , cu anumite excepții de la acest interval.

Medicul de familie acordă asiguraților serviciile medicale incluse în pachetul de bază

1. Servicii medicale curative, respectiv:

- servicii pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice;
- consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice.

Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și consultațiile pentru bolile cronice **pot fi acordate și la distanță (de exemplu telefonic).**

Documentele rezultate urmare a consultației la distanță, inclusiv rețeta electronică, se transmit pacientului prin mijloace de comunicare electronice (de exemplu e-mail).

2. Servicii medicale diagnostice și terapeutice:

- spirometrie
- peakflowmetrie
- 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 panarițiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale
- imobilizare entorsă
- sondaj vezical
- recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină
- calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză (testul Frax), etc.

3. Consultații la domiciliu care se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase şi lăuzelor.

4. Servicii de administrare de medicamente care constau în administrare schemei tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat în timpul programului de lucru în cabinet.

5. Activități de suport care constau în eliberarea de documente medicale pentru persoanele din lista proprie: bilet de trimitere, prescripție medicală, certificat de concediu medical, adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, carnet de vaccinări, avizul epidemiologic, fișă medicală adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, fișă medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, certificat medical constatator al decesului, recomandare pentru îngrijiri medicale/paliative la domiciliu, adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii asigurați, eliberarea documentelor medicale, potrivit competenței, necesare evaluării și reevaluării în vederea încadrării în grad de handicap, recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incotinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

6. Servicii medicale preventive și profilactice acordate pentru toate categoriile de vârstă persoanelor înscrise pe lista medicului de familie.

Medicul de familie acordă servicii de planificare familială și servicii de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei

Medicul de familie poate prescrie investigații pentru depistarea diabetului zaharat la adulții care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat cu vârsta de peste 18 ani, supraponderali şi/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru **diabetul zaharat** și poate iniția tratament cu Metforminum.

De asemenea, pentru adulții cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru **boala cronică de rinichi**, dar care au unul sau mai mulți factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, medicul de familie recomandă efectuarea unor analize pentru depistarea bolii cronice de rinichi.

Persoanele **neasigurate** beneficiază gratuit de pachetul minimal extins, care cuprinde aceleași consultații ca și pachetul de bază acordat persoanelor asigurate. Costul analizelor de laborator este suportat integral de neasigurat.

0-3 ani

la domiciliul copilului sau în cabinet la **externarea** din maternitate şi la **1** lună, în cabinet la **2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36** luni

4-18 ani

o dată pe an

18-39 ani

o dată pe an

40ani +

pachet de prevenție anual pentru pacienții asimptomatici

40-60 ani

pachet de prevenție anual pentru depistarea precoce a altor afecțiuni cronice, decât cele cu care sunt în evidența medicului de familie

60 ani +

pachet de prevenție anual pentru depistarea precoce a altor afecțiuni cronice, decât cele cu care sunt în evidența medicului de familie

Pachet anual de prevenție 40+

până la 3 consultații/an

evaluare — intervenție — monitorizare

- stil de viață
- risc cardiovascular (tensiune arterială, colesterol, glicemie)
- risc oncologic
- risc boală cronică de rinichi
- risc privind sănătatea mintală
- risc privind sănătatea reproducerii
- risc de melanom malign

Important

Analizele de laborator din pachetul de prevenție se acordă peste valoarea de contract

Pachet anual de prevenție 40-60

pentru persoanele înregistrate deja cu boli cronice la medicul de familie

până la 2 consultații/an

pentru depistarea altor boli decât cele cu care sunt în evidența medicului de familie

- stil de viață
- risc cardiovascular (tensiune arterială, colesterol, glicemie)
- risc oncologic
- risc boală cronică de rinichi
- risc privind sănătatea mintală
- risc privind sănătatea reproducerii
- risc de melanom malign

Important

Analizele de laborator din pachetul de prevenție se acordă peste valoarea de contract

Pachet anual de prevenție 60+

pentru persoanele înregistrate deja cu boli cronice la medicul de familie

până la 2 consultații/an

pentru depistarea altor boli decât cele cu care sunt în evidența medicului de familie

- stil de viață
- risc cardiovascular (tensiune arterială,colesterol, glicemie)
- risc oncologic
-risc osteoporoză
- risc boală cronică de rinichi
- risc privind sănătatea mintală
- risc privind sănătatea reproducerii
- risc de melanom malign
-risc incontinență urinară
-risc demență

Important

Analizele de laborator din pachetul de prevenție se acordă peste valoarea de contract

Analize de laborator pentru prevenție

2 - 5 ani (PREV 1)

Prevenție anemiei:
- hemoleucograma completă,
- feritină

Prevenție rahitismului:
- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

6 - 9 ani (PREV 2)

Prevenția sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială:
- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

10 - 17 ani (PREV 3)

Prevenția sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială:
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

Prevenția BTS (după începerea vieții sexuale):
- VDRL sau RPR

Prevenția anemiei pentru persoane de sex feminin:
- Hemoleucograma completă
- Feritină

Analize de laborator pentru prevenție

18- 39 ani

- hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)

Pentru femeile care planifică o sarcină:

- senologie imagistică
- examen Babes-Papanicolau la 2 ani
- VDRL sau RPR

40 ani și peste

- hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)

Pentru femei:

- senologie imagistică
- TSH, FT4
- examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice

Pentru bărbați: PSA antigenul specific prostatic

Peste 60 ani

Față de analizele enumerate mai sus, se adaugă investigația DXA

Medicul poate recomanda, una mai multe sau toate investigațiile din pachetul de prevenție

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.

Asigurații au dreptul la următoarele servicii acordate de medicul specialist: servicii 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)*.

Persoanele neasigurate pot beneficia de următoarele servicii medicale gratuite: urgențe medicale, servicii pentru supravegherea și depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, precum și consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei. Acestea se pot prezenta direct la medicul specialist pentru a beneficia de aceste servicii, fără a fi nevoie de bilet de trimitere. Persoanele neasigurate vor suporta integral costurile analizelor de laborator și al investigațiilor imagistice recomandate și contravaloarea tratamentului prescris de medicul specialist.

Consultația medicală de specialitate se acordă în baza **biletului de trimitere** eliberat de medicul de familie sau de alt medic de specialitate aflat în contract/convenție cu casa de asigurări.
Nu este necesară prezentarea biletului de trimitere, pentru situațiile de urgență și serviciile de planificare familială,

Asiguratul diagnosticat cu anumite afecțiuni (de exemplu: infarct miocardic, angină pectorală instabilă, diabet, glaucom, insuficiență cardiacă cronică, status post AVC, scleroză multiplă, pareze, tulburări psihice, status posttransplant, epilepsie, astm bronșic, hepatită de etiologie virală, afecțiuni oncologice, tuberculoză, poliartrită reumatoidă, risc obstetrical crescut la gravide, dermatită atopică etc.), se poate prezenta direct la medicul specialist, **cu programare**, fără a mai fi nevoie de bilet de trimitere, pentru un control periodic sau în cazul agravării/acutizării afecțiunii diagnosticate.
Cel puțin o dată pe an sau ori de câte ori este nevoie, medicul specialist va informa medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit sau nu schimbări în evoluția bolii și în schema terapeutică.

Pentru a beneficia de a doua și a treia consultație, la solicitarea medicului specialist, în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, nu mai este necesar biletul de trimitere.

Pacienții cu afecțiuni cronice beneficiază, în baza unui bilet de trimitere, de maxim 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.

După externarea din spital, se acordă 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 la distanță vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică (inclusiv rețeta 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, de exemplu: 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, ca urmare a consultațiilor: conduita terapeutică și prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, eliberarea recomandării pentru îngrijiri medicale/paliative la domiciliu, eliberarea recomandării pentru dispozitive medicale, 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, eliberarea de certificat de concediu medical etc.

Medicii cu anumite specializări (exemple: neurolog, psihiatru, reumatolog, ortoped, oncolog, cardiolog, pneumolog, pediatru, endocrinolog, chirurg pediatru, chirurg cardiovascular, radioterapeut etc.) precum și medicii cu atestat de îngrijiri paliative 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.

Servicii conexe actului medical

Serviciile care pot fi furnizate de **psiholog** sunt, spre exemplu: serviciul de evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic, consiliere psihologică și de psihopedagogie specială, psihoterapie.

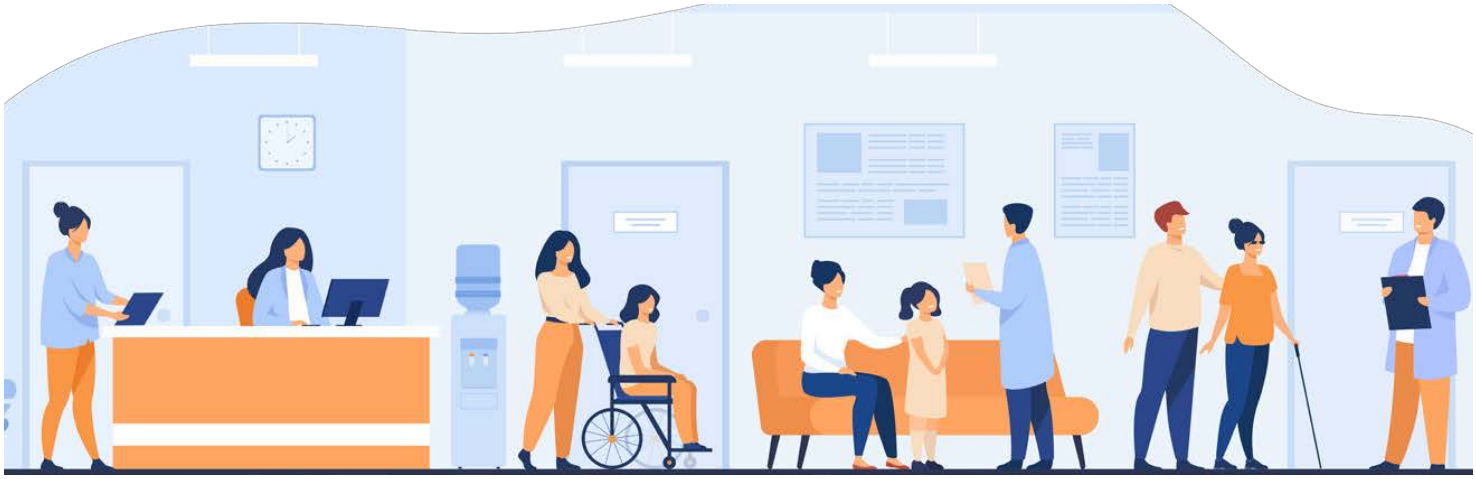
Ședința are o durată de minim 50 de minute. Frecvența și numărul ședințelor se stabilesc de către medic, de comun acord cu psihologul.

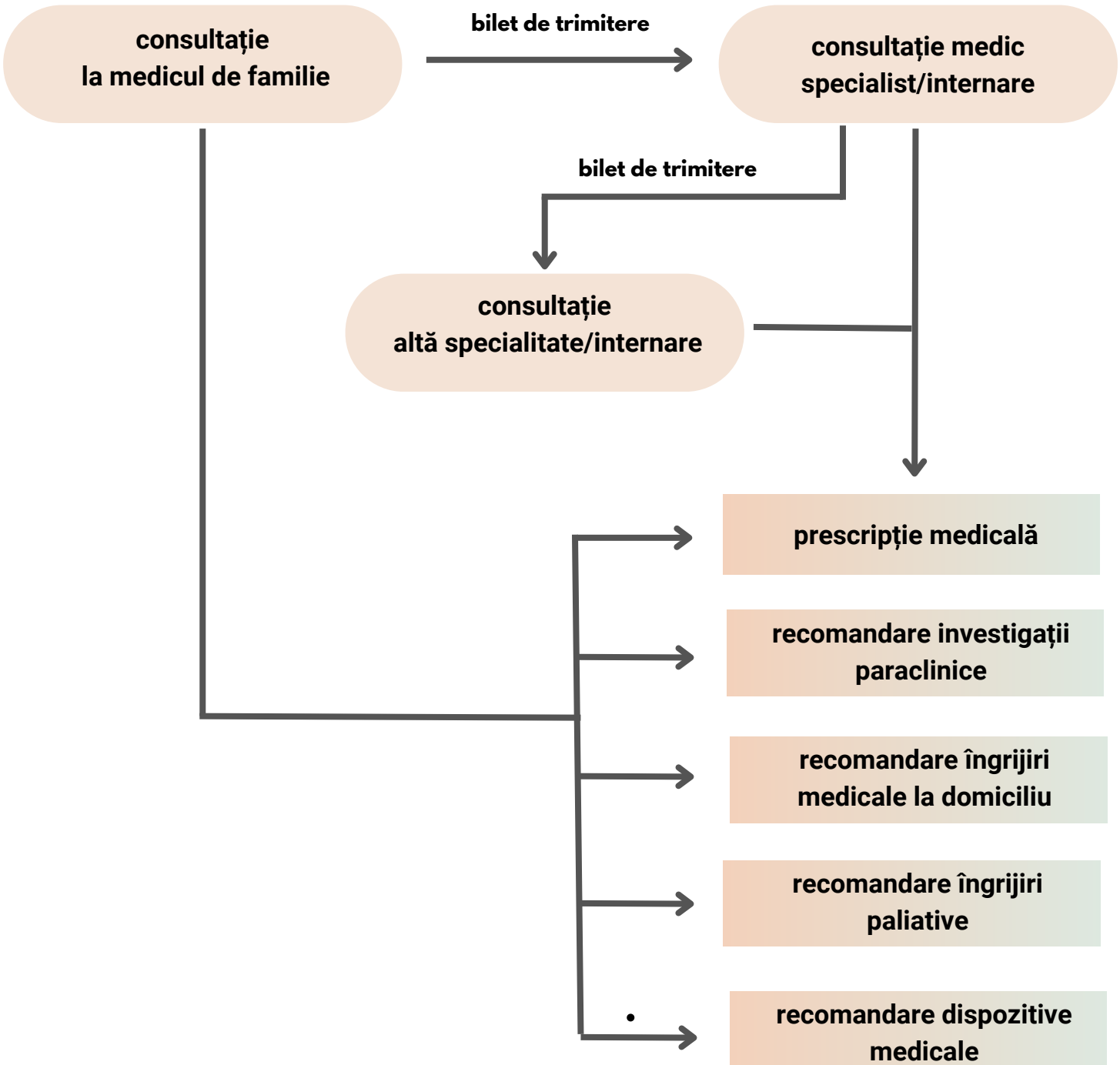
Terapiile psihiatrice, serviciile furnizate de psiholog, precum și serviciile furnizate de logoped, sfatul genetic pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloc electronic de comunicare.

Serviciile care pot fi furnizate de **fizioterapeut** sunt: kinetoterapie individuală sau de grup, kinetoterapie pe aparate speciale, precum dispozitive mecanice, dispozitive electromecanice, dispozitive robotizate, drenajul limfatic manual al limfedemului.

Ședința de kinetoterapie are o durată de minim 45 de minute.

Drenajul limfatic manual al limfedemului are o durată de minim 50 de minute și se efectuează numai de către fizioterapeuții cu pregătire profesională pentru acordarea acestui serviciu.





- doar dispozitive protezare stomii, retenție urinară

Analize de laborator și investigații imagistice

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

- să fie **asigurați;**
- 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 care are încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru analizele/investigațiile recomandate

Asigurații 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.

Asigurații pot beneficia de următoarele categorii de analize de laborator:

- 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 investigații de radiologie, precum și ecografii (investigații neiradiante), Doppler și investigații de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafii, angiografii).

Laboratoarele în contract cu casele de asigurări de sănătate pot fi identificate **aici.**

Atenție!

În situația în care investigațiile nu pot fi efectuate pe loc, laboratorul are obligația de a programa asiguratul în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, trecând pe verso-ul biletului de trimitere data programării. Dacă asiguratul refuză programarea, laboratorul îi restituie biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată adresa altui laborator de investigații.

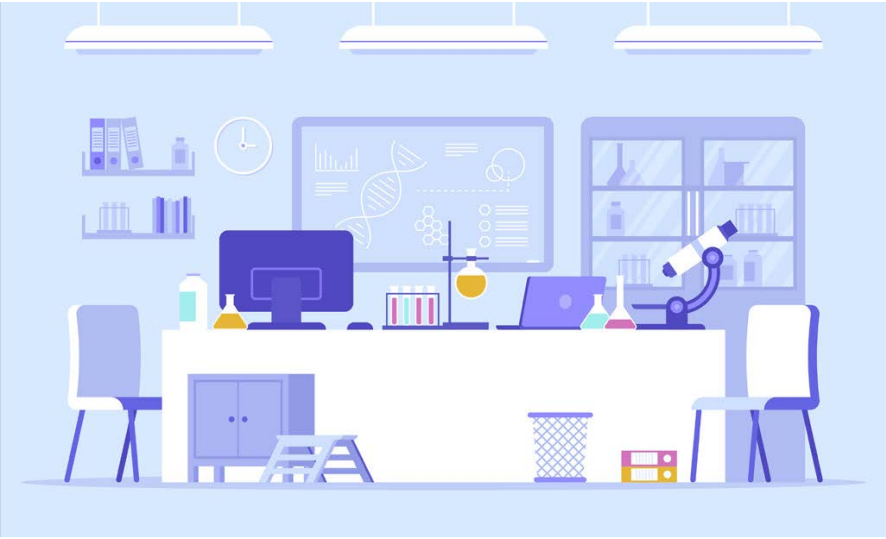
Biletul de trimitere pentru investigațiile de laborator are o valabilitate de 30 de zile. Valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate ca urmare a acordării consultațiilor medicale pentru prevenție de către medicul de familie este de până la **60 zile calendaristice.** Pentru toate bolile cronice, pentru biletul care are evidențiat "management de caz" precum și pentru analizele care implică recoltări de țesuturi, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații este de până la 90 de zile.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să efectueze **în termen de 5 zile calendaristice de la data solicitării**, investigațiile recomandate necesare în monitorizarea pacienților diagnosticați cu:

1. COVID-19 (după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare - Monitor 1),
2. boli oncologice (Monitor 2),
3. diabet zaharat (Monitor 3),
4. afecțiuni rare (Monitor 4),
5. boli cardiovasculare (Monitor 5),
6. boli neurologice(Monitor 6),
7. boli cerebrovasculare (Monitor 7)
8. boală cronică renală (Monitor 8).

Investigațiile de monitorizare se acordă **peste valoarea de contract**, cu condiția ca medicul prescriptor să specifice pe biletul de trimitere faptul că investigațiile se efectuează pentru **monitorizare, prin mențiunea MONITOR, urmată de cifra corespunzătoare.**

Analizele de laborator recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție pentru asigurații cu vârsta de **peste 40 de ani,** analizele și investigațiile medicale legate de **sarcină** recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, pot fi efectuate de laboratoare aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate și **peste valoarea de contract.**



Asistență 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 caz de urgență medicală, naștere, chimioterapie, radioterapie, boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament ș.a.

Persoanele **neasigurate** beneficiază de servicii spitalicești până la rezolvarea urgenței, în cazul urgențelor medico- chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, respectiv până la rezolvarea completă a cazului, pentru bolile cu potențial endemo-epidemic.

Serviciile medicale se pot acorda prin spitalizare de zi, prin care se înțelege o durată de internare de maxim 12 ore, sau prin spitalizare continuă, cu o durată de internare mai mare de 12 ore.
În spitalizare de zi pot fi tratate afecțiuni precum: 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.

Singurele servicii care **nu sunt decontate** de casele de sănătate, iar contravaloarea acestora este suportată de asigurat, se referă la: **servicii hoteliere cu grad înalt de confort*** a căror contravaloare este stabilită de fiecare spital și nu poate depăși cuantumul de 300 de lei/zi, precum și asistență medicală și serviciile medicale solicitate de asigurat (la cerere), servicii medicale care nu sunt incluse în contractul spitalului cu casa de asigurări de sănătate.

**Prin servicii hoteliere cu confort standard se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar masa se acordă la nivelul alocației de hrană, stabilită prin ordinului al ministrului sănătății.*

Ce se întâmplă atunci când un asigurat, deși este internat în spital, trebuie să plătească medicamentele din bani proprii?

În cazul în care medicul din secția în care asiguratul este internat recomandă, în baza unor documente medicale, anumite medicamente, materiale sanitare sau investigații de laborator, iar cheltuielile pentru acestea sunt suportate de către asigurat, 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.

Condiții de acordare a serviciilor de spitalizare în unitățile sanitare private

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 acută, în aceste unități, cu finanțare în funcție de grupuri de diagnostice (sistemDRG).
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 proprie, tarifele practicate, suma decontată de casa de asigurări de sănătate și valoarea contribuției personale pentru serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate.
Înainte de internare, asiguratul 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

Medicul dentist/stomatolog

Persoanele **neasigurate** beneficiază gratuit de **pachetul minimal**, care include: consultație, tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare, pansament calmant/drenaj endodontic, tratamentul paradontitelor apicale- prin incizie- cu anestezie, tratamentul afecțiunilor parodonțiului cu anestezie, chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei, reducerea luxației articulației temporo-mandibulare, reparație proteză, rebazare proteză.

Pe lângă serviciile de mai sus, persoanale **asigurate** pot beneficia și de următoarele: tratamentul cariei simple și al afecțiunilor mucoasei bucale, extracții dentare, chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei, decapușonarea, proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă, element protetic fizionomic sau semi- fizionomic, aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale, detartraj cu ultrasunete și periaj profesional pe ambele arcade, detartrajul cu ultrasunet și periajul profesional etc.

Consultația se acordă gratuit atât pentru asigurați, cât și pentru neasigurați la un interval de 12 luni, iar pentru copiii de până la 18 ani se acordă gratuit o consultație la 6 luni.

Serviciile dentare din pachetul de bază sunt decontate în procent de 100% pentru:

- categoria de vârstă 0-18 ani
- categoria de vârstă 18-26 de ani dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști și dacă nu realizează venituri din muncă
- beneficiarii legilor speciale.

Adulții beneficiază de serviciile dentare din pachetul de bază decontate în procent de 60% sau 100%.

Servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare

Serviciile se acordă **asiguraților** în regim ambulatoriu și în regim de spitalizare.

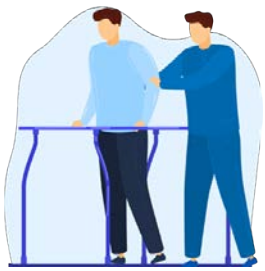
Medicină fizică și reabilitare în ambulatoriu

Aceste servicii includ serii de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare efectuate în ambulatoriu 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 se acordă conform Planului de proceduri specifice de medicină fizică și reabilitare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul specialist de medicină fizică și de reabilitare.

Asigurații au dreptul la proceduri specifice de medicină fizică și reabilitare în ambulatoriu pentru o perioadă de maxim **21 zile/an/asigurat**.

Pacienții cu diagnostic confirmat de **accident vascular cerebral** în primele 4 luni, pentru paralizie cerebrală, pacientele cu **limfedem secundar** după limfadenectomie axilară și paciente cu **anexectomie**, **marii arși** în primele 4 luni de la externare, au dreptul la proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maxim **42 de zile/an/asigurat**.



Medicul de familie

Medicul specialist

bilet de trimitere

Recuperare

Recuperare medicală în spitale

Serviciile de recuperare medicală acordate în regim de spitalizare se acordă în sanatorii sau secţii sanatoriale, care pot avea profil balnear, atât pentru copii, cât şi pentru adulţi.
În sanatorii balneare pot fi acordate servicii pentru o durata maximă de 14-21 zile/an, perioadă ce poate fi repartizată în maximum două fracţiuni, la recomandarea medicului prescriptor şi care cuprinde minim 4 proceduri/zi pentru minim 5 zile/ săptămână.
Serviciile medicale se acordă şi pentru durate mai mici de 14 zile.
Pentru sanatoriile balneare/ secţiile sanatoriale balneare din spitale, asiguraţii plătesc o contribuţie personală de 52 lei/zi.

Contravaloarea serviciilor de cazare cu grad ridicat de confort nu poate depăşi cuantumul de 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.

Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asiguraţi.

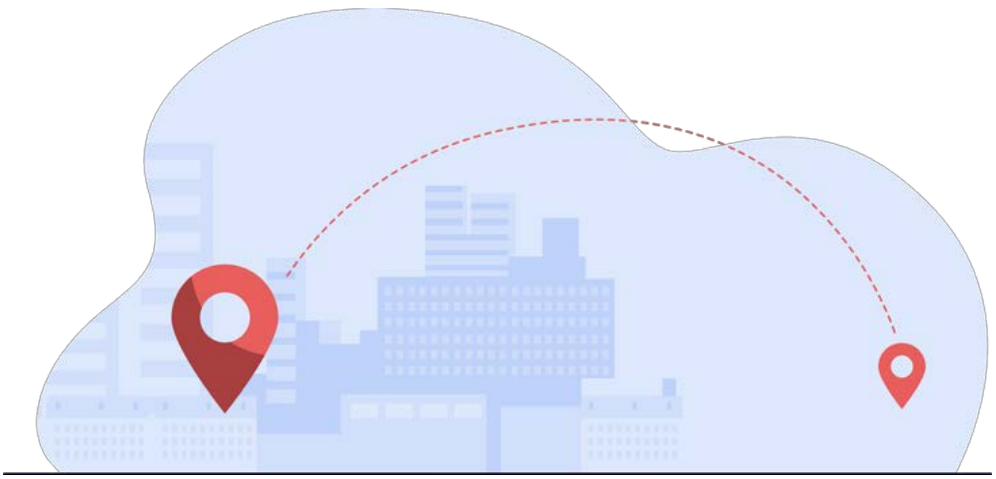
Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie/ medicii specialişti din ambulatoriu şi din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.
Perioada şi ritmul serviciilor sunt stabilite de medicii specialişti de medicină fizică şi de reabilitare.

Serviciile de recuperare medicală acordate în sanatorii, altele decât balneare şi preventorii, sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicii specialişti care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi, nefiind limitate la un anumit număr de zile.

Consultații de urgență la domiciliu și transport neasistat

Persoanele **neasigurate** pot beneficia de următoarele servicii medicale pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cuprinse în **pachetul minimal:**

- consultații de urgență la domiciliu pentru urgențe medico-chirurgicale, care sunt încadrate la „cod verde" (pacientul este conștient, prezintă simptome ușoare, leziuni minore, nu prezintă dificultăți în respirație etc.);
- transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;
- transport la externare (inclusiv în alt județ) pentru persoanele care nu sunt transportabile cu mijloace de transport, care au suferit afecțiuni precum: fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, fracturi ale centurii pelviene sau coloanei vertebrale, deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, amputații recente ale membrelor inferioare, stări cașectice, deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - anevrisme, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, pacienți oxigenodependenți;
- transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei;
- transportul de la centrul de dializă până la domiciliu și retur al persoanelor peste18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.



Asiguraţii beneficiază de **pachetul de bază** pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, care cuprinde, în plus faţă de serviciile incluse în pachetul minimal, şi următoarele servicii:

- transport la externare (inclusiv în alt judeţ) pentru pacienţii cu tulburări cognitive severe (demenţe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă);
- transportul asiguraţilor nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficienţă motorie a părţii inferioare, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unităţile sanitare de recuperare;
- transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialităţile clinice şi de la cabinet la domiciliu, pentru asiguraţii imobilizaţi la pat, cu tulburări cognitive severe (demenţe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă), cu hemipareză sau paraparează, moderat severe, pentru consultaţie în vederea evaluării, monitorizării şi prescrierii tratamentului în cazul afecţiunilor cronice pentru care medicaţia poate fi prescrisă numai de medicul specialist din ambulatoriu de specialitate;
- transportul dus-întors, la laboratorul de investigaţii paraclinice şi de la laborator la domiciliu, pentru asiguraţii imobilizaţi la pat, pentru efectuare de investigaţii medicale recomandate de medicii de familie sau medicii specialişti din ambulatoriul de specialitate clinica aflaţi în contract cu casele de asigurări de sănătate;
- transportul de la şi la domiciliul bolnavilor oncologici netransportabili care necesită radioterapie sau chimioterapie în vederea efectuării tratamentului de specialitate, inclusiv în alte judeţe;
- transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor netransportabili care necesită monitorizare şi administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială, în vederea efectuării tratamentului de specialitate, precum şi pentru administrarea nutriţiei parenterale, inclusiv in alte judete;
- transportul bolnavilor post transplant, la externare, inclusiv în alte judeţe.

Consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi transportul sanitar neasistat se realizează cu ambulanţe private, care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate, prin intermediul serviciului de urgenţă 112.

Astfel, doar în cazul în care pacientul se regăseşte într-una dintre situaţiile descrise mai sus, acesta sau aparţinătorul poate apela serviciul de urgenţă 112, **iar dispeceratul analizează situaţia descrisă şi decide ce fel de ambulanţă să trimită.**

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

Apelarea serviciului de urgenţă 112 se face în mod responsabil!

Îngrijiri la domiciliu

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

Recomandarea poate fi facută de medicii specialişti din ambulatoriu sau din spitale, la externarea asiguraților, precum și medicii de familie, 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.

Persoana asigurată adultă, beneficiază de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru perioada stabilită de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de **90 de zile de îngrijiri/ în ultimele 11 luni** (în mai multe etape episoade de îngrijire), în timp ce pacienții cu vârsta sub 18 ani pot beneficia **de 180 de zile de îngrijiri/ în ultimele 11 luni**.

Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile sau de maxim 30 de zile, în funcție de recomandarea medicului. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare.

În situația în care, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

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

Drenajul limfatic manual al limfedemului se efectuează de fizioterapeutul de la nivelul furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu cu pregătire profesională în drenaj limfatic manual.

Îngrijiri paliative la domiciliu

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă asiguraților 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, precum și 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, 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.**

Un asigurat poate beneficia de **90 de zile de îngrijiri/ în ultimele 11 luni** în mai multe etape (episoade de îngrijire), respectiv **180 de zile de îngrijiri/ în ultimele 11 luni** pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani.

Un episod de îngrijire este de maximum 30 de zile de îngrijiri.

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 se stabilește pe baza protocolului de monitorizare, în funcție de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă.

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 asigurat 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.**

Pacienții cu vârsta **sub 18 ani** pot beneficia de 180 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și 180 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de **300 de zile, în ultimele 11 luni.**

Recomandarea pentru îngrijiri medicale/ paliative la domiciliu se eliberează în 2 exemplare, un exemplar rămâne la medic, iar al doilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original sau transmis prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii. Casa de asigurări va certifica încadrarea în numărul de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul.

În cazul în care asigurații aflați în evidența unei CAS solicită îngrijiri medicale/paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu acea CAS, asiguratul sau reprezentantul său legal,

prezintă recomandarea în original sau o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii.

Recomandarea se va prezenta/trimite la CAS, pentru certificarea numărului de zile de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu de care poate beneficia asiguratul.

Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării recomandării, va înmâna asiguratului 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.

Medicamente compensate

Doar persoanele **asigurate** 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 medicamentele 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 Hotărârea 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 medicul de familie și 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.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă în spital, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, din care să rezulte că asiguratul este internat, cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice și a restricțiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

Spitalele au obligația de a publica pe propria pagină web l**ista medicamentelor disponibile** în respectivul spital.

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

Un exemplar al prescripției medicale **electronice** este înmânat asiguratului 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, 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 eliberării medicamentelor.

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 Romania sau în condițiile prevăzute în protocoalele terapeutice pentru acele medicamente restricționate la prescriere.

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.
Pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost volum/cost volum rezultat precum și pentru vaccinuri, perioada pentru care pot fi prescrise aceste medicamente este de până la 30-31 de zile.

Valabilitatea prescripției electronice

Prescripția medicală pentru boli cronice, precum și cea pentru vaccinuri, sunt valabile maximum 30 de zile de la data emiterii, iar pentru afecțiunile acute și subacute este valabilă maximum 48 de ore.

Prescripțiile emise în regim online pe o perioadă de 90/91/92 de zile, semnate de către medic cu semnătură electronică extinsă, pot fi eliberate de către farmacii fracționat, atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea din fiecare medicament, pentru 30/31/32 de zile, iar valabilitatea acestor prescripții este de maximum 92 de zile, în funcție de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea.

Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii prescripției, următoarele eeliberări urmând a fi făcute până în termenul maxim de valabilitate al prescripției medicale electronice.

Listele de compensare a medicamentelor

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 și poate fi de:

- **90%** pentru medicamentele din **sublista A;**
- **50%** pentru medicamentele din **sublista B;**
- **100%** pentru medicamentele din **sublista C;**
- **20%** pentru medicamentele din **sublista D;**
- **50% sau 100%** pentru medicamentele din **sublista E**, în functie de segmentele populaționale cărora li se adresează aceste medicamente

Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravidele și lehuzele, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și **persoanele prevăzute în legile speciale beneficiază de gratuitate suportată din Fond** (compensare 100% din prețul de referință) **și pentru medicamentele, din sublistele A, B și D.**

Pensionari cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari de până la 1.830 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, **beneficiază de compensare 90%** din prețul de referință pentru **medicamentele din sublista B.**

Eliberarea medicamentelor în farmacie

Medicamentele prescrise în regim compensat pot fi ridicate de la farmacie de beneficiarul prescripției medicale sau de altă persoană în numele acestuia, prin prezentarea cardului național de sănătate.
Doar în situația în care eliberarea se face on-line utilizând cardul național de sănătate al beneficiarului, sau al persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, nu este necesară semnarea componentei eliberare.

Medicamentele pot fi ridicate de către asigurați 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 asiguratul sau de casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul, cu excepția medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.

Farmaciile trebuie să asigure aprovizionarea cu medicamentele care au prețul mai mic sau egal cu prețul de referință, astfel încât **asigurații,** în cazul unei rețete prescrise pe substanță activa, s**ă poată opta pentru acele produse pentru care casele de asigurări de sănătate decontează prețul de referință**, în funcție de procentul aferent listei de compensare, și pentru care contribuția personală a asiguratului este minimă.

Dispozitive medicale

Dispozitivele medicale se acordă **asiguraților** pentru o perioadă determinată (prin închiriere) sau nedeterminată, în baza prescripției medicale eliberate de medicul aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate.

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, aparate CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei, dispozitive pentru terapia cu aerosoli, dispozitive de mers, proteze externe de sân, dispozitive compresive.

Prescripțiile medicale au o **valabilitate de 30 de zile** calendaristice de la data emiterii.

Durata prescripției medicale este nelimitată în cazul următoarelor categorii de dispozitive medicale:

- echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv,
- stomă permanentă, respectiv incontinență urinară permanentă,
- protezele de membru superior şi protezele de membru inferior - proteze definitive.

Anumite dispozitive medicale au un preț de vânzare mai mare decât prețul pe care îl decontează CNAS pentru categoria respectivă de dispozitive, astfel încât există posibilitatea ca asiguratul să suporte o contribuție personală calculată ca diferența dintre prețul de vânzare al dispozitivului și prețul de referință.

Procedura de obținere a dispozitivelor

Asiguratul, o rudă de gradul I sau II, soțul/soția sau reprezentantul legal depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, alături de următoarele documente:

- copia actului de identitate
- prescripția medicală în termen de 30 de zile de la emitere
- certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz.

De la 1 iulie 2023, **documentele pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană,** cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezentanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale).

Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani, la cerere 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 decide 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.

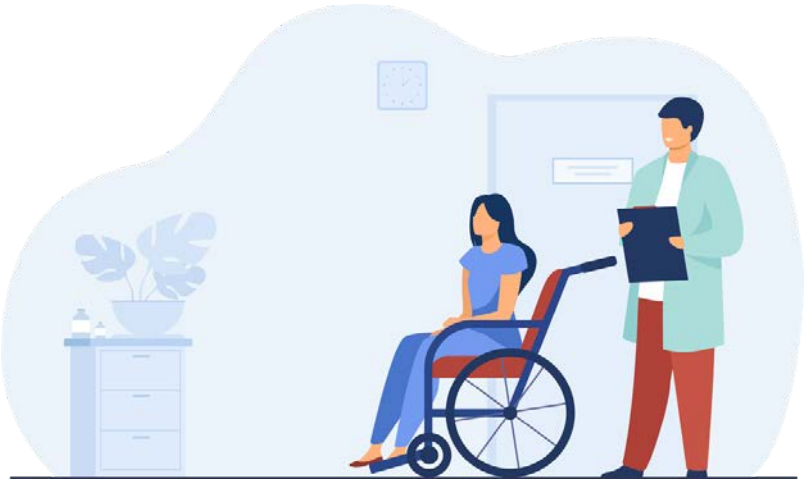
Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, o rudă de gradul I sau II, soțul/soția sau reprezentantul legal al acestuia, sau se expediază prin poștă, la cerere.

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, asiguratul, 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.

În cazul în care asiguratul dorește să schimbe furnizorul sau se recomandă un alt tip de dispozitiv, se va relua procedura de obținere a unei noi decizii de la casa de asigurări de sănătate.

Lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații cuprinde termene de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.



Teme speciale

Măsuri pentru femeia însărcinată

Serviciile medicale acordate **femeii însărcinate** sunt reglementate pe diferite paliere de asistență medicală, astfel:

- **Asistența medicală primară**

Medicul de familie acordă femeilor însărcinate **consultații de monitorizare a evoluției sarcinii şi lăuziei.**

Astfel, femeia gravidă este luată în evidență de medicul de familie încă din primul trimestru al sarcinii și, în cazul în care sarcina evoluează normal, fără complicații, din luna a treia până în luna a șaptea se efectuează lunar câte o consultație de supraveghere. Din luna a șaptea până în luna a noua aceste consultații sunt bilunare.
Medicul de familie poate efectua două vizite la domiciliul pacientei pentru a urmări evoluția lăuziei, imediat după externarea noii mame din maternitate și o lună mai târziu.

Medicul de familie promovează alimentația cu lapte matern, la sân, a sugarului și recomandă gravidei să efectueze mai multe testări, printre care depistarea:

- HIV
- hepatite cronice B și C
- sifilis.

Odată cu prima prezentare la medicul de familie a femeii însărcinate, acesta ia în evidență gravida și poate elibera o adeverință prin care se atestă existența sarcinii.
Serviciul include și depistarea sarcinii, după caz.

Dacă persoana însărcinată este neasigurată, aceasta poate deveni asigurată, pe perioada sarcinii și lăuziei, prin simpla transmitere a adeverinței respective către casa de asigurări de sănătate în evidența căreia se află, fără alte cheltuieli, conform prevederilor legale în vigoare.

În cazul declanșării contracțiilor într-o situație în care pacienta nu are acces imediat la alte paliere de asistență medicală (spre exemplu, aceasta se află într-o zonă izolată), medicul de familie poate supraveghea travaliul și nașterea precipitată, până la sosirea echipajului de urgență, după caz.

◆ Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

Pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau **chiar și fără bilet de trimitere,** specialistul în obstetrică-ginecologie poate acorda câte o consultație de supraveghere pentru fiecare trimestru de sarcină, precum și o consultație similară pentru lăuzie, în primul trimestru după naștere, în cadrul căreia, după caz, se poate recomanda efectuarea de analize și investigații sau internarea în spital.

Dacă medicul specialist are supraspecializare în medicină materno-fetală poate efectua și ecografii pentru depistarea anomaliilor sarcinii (*ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu translucență nucală și ecografie obstetricală anomalii trimestrul II)*.

◆ Asistență spitalicească

În unitățile sanitare cu paturi care au în componență structuri (secție, compartiment) de obstetrică-ginecologie sau în cele integral specializate în această ramură a medicinii se pot efectua servicii medicale standardizate complexe asimilate unei internări de zi în scopul supravegherii sarcinii normale, cu condiția ca unitatea să aibă laborator de analize medicale și cabinet medical de specialitate. În cazul unei asemenea internări, spitalul are obligația să efectueze consultații de specialitate și următoarele analize/investigații: *hemoleucogramă completă, determinarea grupului sanguin ABO și Rh, uree serică, acid uric seric, creatinină serică, glicemie, TGP, TGO, TSH, examen complet de urină (sumar + sediment), VDRL sau RPR, testare HIV, evaluarea infecțiilor cu risc pentru sarcină (rubeolă, toxoplasmoză, citomegalovirus, hepatită B și C), secreție vaginală, examen 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), precum și ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii.* Pentru acordarea acestui serviciu, medicul specialist trebuie să aibă și competență/atestat de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică.

Între săptămâna a 11-a și a 19-a a sarcinii se poate efectua un screening prenatal, tot în internare de zi, care trebuie să includă obligatoriu o consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, un dublu test/triplu test și o ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale. Pentru acordarea acestui serviciu, medicul specialist trebuie să aibă și competență/atestat de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică sau supraspecializare în medicina materno-fetală. Acest serviciu se poate acorda și concomitent cu internarea pentru supravegherea sarcinii normale.

Tot în internare de zi se efectuează și supravegherea sarcinilor cu risc crescut, astfel:

- pentru edemul gestațional, serviciile obligatorii sunt: consultație de specialitate, 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;

- pentru hiperemeză gravidică ușoară, serviciile obligatorii sunt:consultație de specialitate, hemoleucogramă completă, sodiu seric,potasiu seric, examen complet de urină (sumar + sediment), uree serică, acid uric seric, creatinină serică, ecografie obstetricală și ginecologică;
- pentru evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III de sarcină, serviciile obligatorii sunt: consultație de specialitate, cardiotocografie, ecografie obstetricală și ginecologică;
- pentru monitorizarea gravidei cu tulburări de coagulare/trombofilii ereditare și dobândite, serviciile obligatorii sunt: consultații de specialitate, antitrombină III, proteină C, proteină S, dozarea hemocisteinei serice, control hemocisteină serică, factor V Leyden, anticoagulant lupic screening și confirmare, ecografie obstetricală și ginecologică.

De asemenea, în regim de spitalizare de zi pot fi efectuate și **servicii de amniocenteză** (trim. II de sarcină), **cordonocenteză** (trim. II de sarcină), respectiv **biopsie de vilozități coriale** (trim. I de sarcină), numai de medicii obstetriceni-ginecologi cu supraspecializare în medicină materno-fetală.
Biopsia de vilozități coriale și amniocenteza se efectuează pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii, în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți (la recomandarea medicului genetician) sau în caz de risc de aneuploidii mai mare de 1/250 în urma screening-ului genetic prenatal: test combinat (markeri ecografici şi dublu test sau triplu test).
Cordonocenteza se efectuează pentru cazuri cu indicație în scop diagnostic sau terapeutic.

Toate cele trei servicii includ şi testarea genetică a probelor prelevate, prin una din următoarele tehnici: citogenetică, FISH, MLPA, QF-PCR.

Naşterea propriu-zisă este considerată un serviciu de urgență care se efectuează în regim de spitalizare continuă în structurile specializate în obstetrică-ginecologie/neonatologie.
Tot în regim de spitalizare continuă se pot efectua și serviciile de spitalizare de zi, dacă pacienta, în timpul sarcinii, prezintă complicații sau comorbidități, sângerare majoră și necesită transfuzie, risc anestezic greu de manageriat în spitalizare de zi, cu durere postprocedurală greu de controlat și proceduri invazive majore asociate.

◆ Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

La laboratoarele din ambulatoriu gravidele pot efectua următoarele analize medicale specifice chiar şi peste valoarea plafonului lunar, pe baza biletului de trimitere emis de medicul de familie sau de cel specializat în obstetrică-ginecologie: *hemoleucogramă completă, determinarea grupului sanguin și Rh, testare HIV, timpul Quick și INR, APTT, fibrinogenemie, proteine serice totale, feritină serică, uree serică, acid uric seric, creatinină serică, bilirubină totală și directă, glicemie, TGP, TGO, Gama GT, fosfatază alcalină, sodiu, potasiu, magneziu, calciu total și ionic seric, examen complet de urină, dozare proteine urinare, albumina serică, HBA1c, TSH, FT4, AgHBs, VDRL sau RPR, proteina C reactivă, anticorpi anti HCV, urocultură, exudat faringian, examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau, examen microscopic nativ şi colorat din secreții vaginale.*

Medicul specialist mai poate recomanda şi efectuarea de examene din secreții vaginale sau din tampon rectal (portaj Streptococcus agalactiae, prin metode de cultivare).

În plus, medicul specialist mai poate recomanda şi efectuarea de investigații medicale neiradiante: Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II şi Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN.

Important!

Începând cu 1 iulie 2023, **pentru serviciile medicale paraclinice legate de sarcină** recomandate de medicii de familie şi medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, **sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta astfel încât gravidele să beneficieze de servicii într-un interval de timp cât mai scurt posibil.**

Cardul european de sănătate. Rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări

Având în vedere că România este stat membru UE, **calitatea de asigurat** în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România este recunoscută pe teritoriul oricărui stat membru al UE/SEE/ Confederației Elveției/ Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Astfel, în funcție de formularele emise de casa de asigurări de sănătate (*card european de asigurări sociale de sănătate sau formulare/documente europene)*, asiguratul poate beneficia, după caz:

- de servicii medicale devenite necesare;
- de tratament planificat;
- de toate serviciile medicale de care beneficiază orice asigurat din statul membru respectiv.

Ce este cardul european de asigurări sociale de sănătate (CEASS)?

Este un card gratuit cu ajutorul căruia, la nevoie, asiguratul poate beneficia de serviciile medicale din sistemul public, devenite necesare în timpul ședерii temporare în oricare dintre statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European(Islanda, Liechtenstein, Norvegia), Confederația Elvețiană și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, acordate în aceleași condiții și la aceleași tarife ca și asiguraților din țara respectivă.

Prin ședere temporară se înțelege deplasarea unei persoane pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii.

Cardul poate fi solicitat de orice persoană care este asigurată în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România și are o valabilitate de 2 ani.

Serviciile medicale acordate în baza cardului nu trebuie să depășească ceea ce este necesar din punct de vedere medical în timpul ședерii temporare în statul membru în care se realizează deplasarea, fiind acordate în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

Prestațiile acoperite includ, de exemplu, servicii pentru boli cronice sau existente (exemplu: dializa), precum și pentru sarcină/naștere.

Cum se obține cardul european de asigurări sociale de sănătate?

Cardul poate fi obținut de la casa de asigurări de sănătate în evidența căreia persoana se află. În acest sens, asiguratul depune o cerere într-un format standardizat, al cărui model poate fi accesat pe pagina web a CNAS și pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate.

Pentru mai multe detalii acesați website-ul: cardeuropean.ro

Ce măsuri se pot lua în cazul în care cardul european nu este recunoscut?

În situația în care asiguratul se află pe teritoriul unui stat membru al UE/SEE/ Confederației Elveției/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord și, din diferite motive, nu mai este în posesia cardului (nu l-a solicitat la plecare, l-a pierdut, a fost distrus, a fost furat, cardul nu este recunoscut de furnizorul de servicii medicale unde este prezentat sau în orice altă situație similară), trebuie să contacteze casa de asigurări care a emis cardul pentru a solicita **certificatul provizoriu de înlocuire** a cardului european de asigurări sociale de sănătate.
Casa de asigurări de sănătate va trimite certificatul la adresa menționată în termen de 24 ore.

Certificatul provizoriu conferă asiguratului aceleași drepturi ca și cardul european.

Cardul european de asigurări sociale de sănătate și certificatul provizoriu de înlocuire sunt conforme unui model unic care îndeplinește caracteristicile și specificațiile tehnice prevăzute prin decizia Comisiei administrative, în scopul facilitării accesului la asistență medicală, cât și prevenirii utilizării nereglementare, abuzive sau frauduloase a cardului.

Înainte de a vă deplasa într-o țară membră a UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit la Marii Britanii și Irlandei de Nord, vă recomandăm să vă documentați în privința funcționării sistemului de sănătate din statul în care doriți să călătoriți, **accesând website-u1 oficial al Uniunii Europene aici.**

Atenție!

- Pentru anumite servicii medicale este posibil să fie necesară coplată, care va fi suportată de asigurat, chiar dacă în România aceleași servicii sunt decontate integral.
- Cardul nu acoperă situația în care deplasarea are ca scop obținerea tratamentului medical planificat.
- Dacă în perioada de valabilitate a cardului, la momentul obținerii serviciilor medicale, persoana nu mai figurează ca asigurat, casa de asigurări de sănătate care a eliberat cardul, în calitate de plătitor al respectivelor servicii medicale, va recupera contravaloarea acestora de la persoana respectivă.
- Se poate solicita, contra cost, emiterea unui alt card, a cărui perioadă de valabilitate nu va putea depăși perioada de valabilitate a cardului inițial.
- Cardul poate fi refuzat de către furnizorii de servicii medicale din spațiul comunitar dacă furnizorul de servicii medicale nu-și desfășoară activitatea în cadrul sistemului public de sănătate din țara respectivă, dacă serviciile medicale respective nu sunt decontate în sistemul public de sănătate din acea țară sau dacă documentul s-a utilizat în alte situații decât cele pentru care a fost emis (serviciile medicale acordate nu se încadrau în categoria celor devenite necesare pe timpul ședерii temporare).

Asiguratul se poate afla în situația de a achita contravaloarea serviciilor medicale ce i-au fost acordate, în următoarele situații:

- cardul european/certificatul provizoriu a fost refuzat, iar serviciile medicale au fost de natura celor devenite necesare; asiguratul poate solicita rambursarea contravalorii asistenței medicale fie direct instituției respective, dacă în acel stat există o astfel de procedură, fie casei de asigurări de sănătate din România în evidența căreia este înregistrat;
- cardul european/certificatul provizoriu a fost refuzat, iar serviciile medicale **NU au fost de natura celor devenite necesare;** casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea asistenței medicale acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de asigurat, la nivelul tarifelor din România, dacă: serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale se regăsesc printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată conform legislației asigurărilor sociale de sănătate și sunt decontate din FNUASS.

Atenție!

Procedura de rambursare a asistenței medicale transfrontaliere este aplicabilă doar în cazul statelor membre ale Uniunii Europene.
Informații detaliate privind modul în care se derulează procedura de rambursare la care asiguratul are dreptul pot fi solicitate direct casei de asigurări de sănătate în evidența căreia acesta se află.

Documentul portabil S1 (DP S1) - înregistrare pentru asigurarea medicală

DP S1 se eliberează pentru persoanele salariate sau lucrătorii independenți care își desfășoară activitatea în alt stat european, când sunt detașați sau în caz de pluriactivitate, lucrători frontalieri, pensionari, funcționari publici și membrii de familie ai acestora.

DP S1 înlocuiește formularele europene E106, E109, E120 și E121 și reprezintă un document care atestă dreptul la asistență medicală pentru categoriile de persoane menționate anterior, în statul membru de reședință al acestora.

În baza DP S1, asiguratul beneficiază de asistență medicală în conformitate cu legislația de securitate socială din statul membru respectiv, ca și cum persoana ar fi asigurată în sistemul de securitate socială din acel stat.

Informații detaliate privind modalitatea de obținere a DP S1 pot fi solicitate direct casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul.

Documentul portabil S2 (DP S2) - document de deschidere de drepturi la tratament planificat

În cazul deplasării într-un alt stat membru pentru a beneficia de tratament medical planificat, este necesară **aprobarea prealabilă** a casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul.

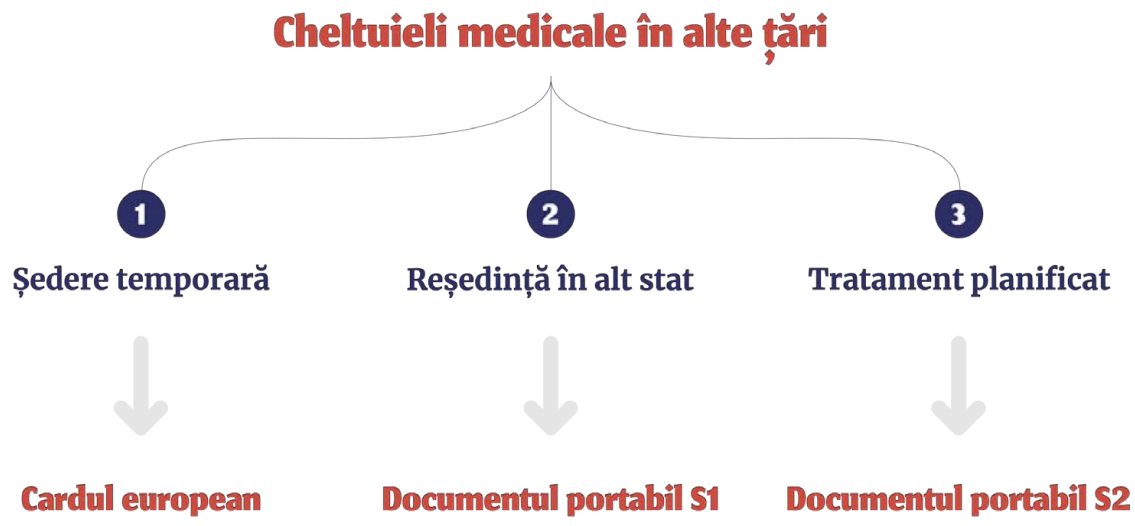
Autorizarea presupune eliberarea de către casa de asigurări de sănătate a DP S2, care înlocuiește formularul european E112.

În baza DP S2 asiguratul beneficiază în statul membru de ședere de asistență medicală planificată, acordată în conformitate cu legislația de securitate socială din statul membru respectiv, ca și cum ar fi asigurat în sistemul de securitate socială din acest stat.

Atenție!

- Autorizația se acordă în cazul în care t**ratamentul respectiv este cuprins în pachetul de servicii de bază** reglementat de legislația din România și în situația în care respectivului asigurat nu i se poate acorda un astfel de tratament într-un termen justificat din punct de vedere medical, avându-se în vedere starea de sănătate și evoluția probabilă a bolii.
- DP S2 nu acoperă cheltuielile legate de transport, cazare și eventualele coplăți existente în statul membru de tratament conform legislației pe care acesta o aplică.
- DP S2 poate fi acceptat doar de către unitățile sanitare din sistemele de securitate socială ale statelor membre ale UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit la Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Informații detaliate privind modalitatea de obținere DP S2 pot fi solicitate direct casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul.



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 CNAS derulează programele naționale de sănătate **curative (cu accent pe tratament)**.

Scopul Programelor Naționale de Sănătate Curative (PNSC) este acela de a asigura tratamentul specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice.

Bolnavii pot beneficia în cadrul PNSC de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, servicii specifice (exemple: radioterapie, servicii de dializă) și investigații specifice (exemple dozarea hemoglobinei glicozilate, investigații PET-CT), în funcție de afecțiunea tratată în PNSC.

În cazul programului național de supleere 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 de guvern, 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 *(cu circuit deschis)* sau farmacii ale spitalelor *(cu circuit închis)*.

Medicamentele pentru bolnavii cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, 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 posttransplant, cu excepția tratamentului recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic, pentru tratamentul pacienților cu unele boli rare (mucoviscidoză, scleroză laterală amiotrofică, angioedemul ereditar, fibroza pulmonară idiopatică, maladia Duchenne, sindromul Prader Willi, neuropatie optică ereditară Leber și limfangioleiomiomatoză), se eliberează prin farmaciile comunitare.

Înrolarea pacienților într-un program național de sănătate curativ

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

În cazul persoanelor asigurate, 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.

Persoanele neasigurate care întrunesc criteriile de eligibilitate pentru înrolarea într-un PNSC primesc o adeverință medicală din partea medicului specialist, cu care se prezintă la casa de asigurări de sănătate pentru a deveni asigurați.

Calitatea de asigurat dobândită astfel se păstrează până la vindecarea respectivei afecțiuni pentru care pacientul a fost inclus în PNSC.

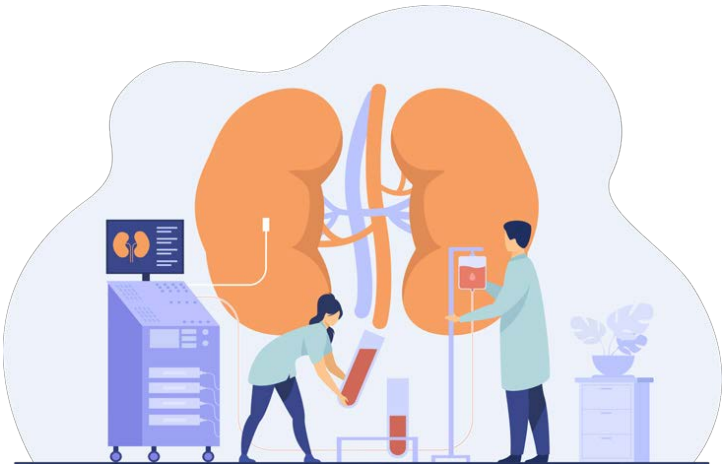
Pentru a putea beneficia de tratamentul oferit prin PNSC, pacienții trebuie să se adreseze unui medic specialist care își desfășoară activitatea într-o unitate sanitară care derulează programul respectiv.

Lista acestor unități sanitare poate fi vizualizată pe web site-ul caselor de asigurări de sănătate, la secțiunea „Informații pentru Asigurați" - „Programe Naționale de Sănătate Curative" sau aici.

Programele Naționale de Sănătate Curative derulate de 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 pentru boli rare;**
- Programul național de **sănătate mintală**
- Programul național de **boli endocrine**
- Programul național de **ortopedie**
- Programul național de **transplant de organe, țesuturi şi celule de origine umană**
- Programul național de **supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică**
- Programul național de **terapie intensivă a insuficienței hepatice**
- Programul național de **diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță**
- Programul național de **PET-CT**
- Programul național de **endometrioză.**

Informații detaliate despre fiecare program pot fi accesate aici.



Concedii medicale

Persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate pot fi asigurate și **pentru concedii și indemnizații** de asigurări sociale de sănătate.

Sunt asigurate pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate **persoanele care realizează venituri din desfășurarea unei activități în baza unui contract individual de muncă și alte venituri asimilate salariilor.**

Se pot asigura opțional pentru concedii și indemnizații la nivelul înscris în declarația fiscală depusă în vederea plății CASS, **persoanele care nu obțin venituri de natura celor menționate anterior,** pe baza **contractului de asigurare** pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate **care se încheie cu casa de asigurări de sănătate** în evidența căreia sunt înregistrate ca persoane asigurate de sănătate.

Dreptul la concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, la care au dreptul persoanele asigurate ce realizează venituri din desfășurarea unei activități în baza unui contract individual de muncă, este condiționat de plata contribuției asiguratorii pentru muncă, destinată suportării acestor indemnizații, reglementată prin Codul fiscal.

Pentru persoanele care se asigură opțional, dreptul la concedii şi indemnizații de asigurări sociale de sănătate este condiționat de plata unei contribuții de 1% care se aplică venitului înscris în declarația depusă în vederea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate.

Indemnizațiile aferente tuturor tipurilor de concedii medicale se suportă din FNUASS, cu excepția indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă pentru boli obișnuite de care beneficiază angajații, în cazul căreia, angajatorul suportă indemnizația din prima zi până în a 5-a zi de incapacitate temporară de muncă.
Pentru persoanele angajate, indemnizațiile aferente concediilor medicale se plătesc de angajator, la data plății drepturilor salariale, urmând ca angajatorul să recupereze ulterior, de la casa de asigurări de sănătate, contravaloarea indemnizațiilor plătite angajaților proprii și care se suportă din FNUASS.

Pentru persoanele care se asigură opțional, prin încheierea unui contract de asigurare, indemnizațiile de concediu medical sunt suportate integral din bugetul FNUASS.

Stagiul minim de asigurare pentru acordarea concediilor medicale și indemnizațiilor aferente **este de 6 luni realizate în ultimele 12 luni anterioare lunii pentru care se acordă concediul medical.**

Persoanele asigurate au dreptul la concediu şi indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiu de asigurare, în cazul urgențelor medico-chirurgicale, al unor tipuri de arsuri , inclusiv pentru perioada de recuperare, tuberculozei, bolilor infectocontagioase din grupa A, neoplaziilor, SIDA, în cazul bolilor infectocontagioase pentru care se impune măsura izolării, precum şi în cazul carantinei.

Tip concediu medical	Cuantum indemnizație	Perioadă maximă de acordare	Finanțare din FNUASS	Obligativitate a stagiului minim de cotizare
Boală obişnuită	75%	183 de zile	Din a 6-a zi de incapacitate şi până la data încetării	Da
Boală infectocontagioasă din grupa A	100%	Funcție de evoluţia bolii infectocontagioase	Din a 6-a zi de incapacitate şi până la data încetării	Nu
Boală infectocontagioasă pentru care se instituie măsura izolării	100%	Funcție de evoluţia bolii infectocontagioase	Integral, din prima zi	Nu
Urgenţă medico-chirurgicală	100%	5 zile în afara spitalului și, în spital, pe toată durata pe care medicul specialist o apreciază urgență	Din a 6-a zi de incapacitate şi până la data încetării	Nu
Carantină	100%	Funcție de evoluția bolii	Integral, din prima zi	Nu
Sarcină şi lăuzie	85%	126 de zile	Integral, din prima zi	Da
Îngrijire copil bolnav în vârstă de până la 12 ani sau copil cu handicap pentru afecțiuni intercurente, până la împlinirea vârstei de 18 ani	85%	45 de zile calendaristice pe an pentru un copil, cu excepția situațiilor în care copilul este diagnosticat cu boli infectocontagioase, imobilizat în sisteme de imobilizare specifice aparatului locomotor sau este supus unor intervenții chirurgicale, cazuri în care durata concediului medical este stabilită de către medicul specialist în funcţie de evoluţia bolii	Integral, din prima zi	Da
Îngrijire copil bolnav cu afecţiuni grave, în vârstă de până la 18 ani	85%	Durata concediului medical este stabilită de către medicul specialist în funcţie de evoluţia bolii	Integral, din prima zi	Da

Tip concediu medical	Cuantum indemnizație	Perioadă maximă de acordare	Finanțare din FNUASS	Obligativitatea stagiului minim de cotizare
Supravegherea şi îngrijirea copilului în vârstă de până la 18 ani, pentru care s-a dispus măsura carantinei sau a izolării	100%	Funcție de evoluţia bolii infectocontagioase	Integral, din prima zi	Da
Boală cardiovasculară	75%	Un an, în intervalul ultimilor 2 ani	Integral, din prima zi	Da
Neoplazii, SIDA	100%	Un an şi 6 luni, în intervalul ultimilor 2 ani	Integral, din prima zi	Nu
Risc maternal	75%	120 de zile	Integral, din prima zi	Nu
Unele tipuri de arsuri, inclusiv pentru perioada de recuperare	100%	Până la vindecare, precum și pe perioada recuperării	Integral, din prima zi	Nu
Îngrijire pacient cu afecţiuni oncologice	85%	45 de zile pe an	Integral, din prima zi	Da
Tuberculoză	100%	Până la vindecare	Integral, din prima zi	Nu

Contact

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Adresă: Calea Călărașilor 248, Bl. S19, Sector 3, 030634, București

Pagină web: www.cnas.ro

Formular online raportare probleme întâmpinate la furnizori:
www.cnas.ro/raporteaza-un-furnizor/

Telefon: 0372-309-236 / 0372-309-262

Fax: 0372-309-165

Tel-verde: 0800-800-950

E-mail: relpubl1@casan.ro

Pentru sugestii privind îmbunătățirea acestui ghid,
vă rugăm să ne scrieți la cabinet.presedinte@casan.ro
cu subiectul „*Ghidul asiguratului*”

Important

Ghidul asiguratului își propune să vină în sprijinul publicului larg cu informații și clarificări privind sistemul de asigurări sociale de sănătate, dobândirea calității de asigurat și accesul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.

Informațiile prezentate în Ghid nu înlocuiesc prevederile legale, nu modifică și nu completează legislația care guvernează sistemul de asigurări sociale de sănătate și nu pot sta la baza unor pretenții formulate împotriva Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau a caselor de asigurări de sănătate.
La elaborarea Ghidului am urmărit furnizarea de informații corecte, concise și concrete, cu evitarea termenilor tehnici sau de specialitate, astfel încât informația să fie ușor de înțeles.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate