



Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Ghidul asiguratului



Prima ediție

iulie 2021

Cuvânt înainte

Informarea corectă, completă și accesibilă a celor pe care îi deservește un sistem de sănătate este o condiție fundamentală pentru buna funcționare a acestuia. Nu doar în România, ci în orice țară. Pe fondul unor reglementări complexe și deseori în schimbare, cu atât mai mult în contextul pandemiei COVID-19, a situa oamenii în centrul sistemului înseamnă nu doar a concepe și implementa politici de sănătate adecvate, ci și (mai ales) a le oferi acestora instrumente care să îi ajute să beneficieze de serviciile la care au dreptul, cu respectarea obligațiilor legale.

Acest Ghid se dorește a fi un astfel de instrument. Speranța mea și a tuturor celor care au lucrat la el, cu precădere personalul direcțiilor de specialitate ale CNAS, este că el se va dovedi util și va fi folosit. Fiind o primă ediție, ne bazăm pe comentariile și reacțiile tuturor pentru ca următoarele ediții să fie mai bune.

În sens mai larg, Ghidul se înscrie în direcția asumată de conducerea CNAS privind apropierea, deschiderea, dar și colaborarea proactivă cu toți cei interesați de un sistem de sănătate modern, mai echitabil și mai performant. În aceeași perioadă în care lansăm Ghidul desfășurăm și consultări privind noul model de Contract cadru, am lansat deja instrumente prin care cetățenii pot raporta simplu și direct pe pagina web a CNAS problemele întâmpinate la accesarea serviciilor medicale și ne propunem să dezvoltăm mecanisme similare pentru a îmbunătăți comunicarea curentă cu furnizorii de servicii medicale.

Adrian Gheorghe,
Președinte CNAS

Cuprins

Informații pentru parcurgerea ghidului	1
--	---

Informații generale

Introducere în sistemul asigurărilor sociale de sănătate	3
--	---

Pachetele de servicii. Calitatea de asigurat, drepturi și obligații ale asiguraților	5
--	---

Cardul național de sănătate	8
-----------------------------	---

Domenii de asistență

Medicul de familie	10
--------------------	----

Medicul specialist	12
--------------------	----

Analize de laborator și investigații imagistice	15
---	----

Asistența spitalicească	17
-------------------------	----

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	27
------------------------	----

Dispozitive medicale	30
----------------------	----

Teme speciale

Măsuri pentru pacienții cu COVID-19	33
-------------------------------------	----

Cardul european de sănătate. Rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări	34
--	----

Programele naționale de sănătate curative	38
---	----

Informații pentru parcurgerea ghidului

Aceasta este prima 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 al sistemului asigurărilor sociale de sănătate și serviciile acordate în cadrul acestuia.



Informațiile detaliate în acest ghid se referă la reglementările în vigoare începând cu luna iulie 2021*. Serviciile descrise în ghid sunt oferite doar la cabinetele și centrele medicale, laboratoarele de analize, spitalele, farmaciile sau orice alți furnizori de servicii care sunt în contract cu o casă de asigurări de sănătate aflată în subordinea CNAS.

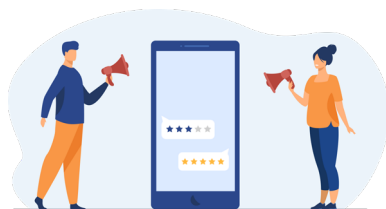
*Puteți urmări eventualele modificări ale reglementărilor pe pagina web a CNAS, www.cnas.ro


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 sănătate și modalitatea de a intra în posesia sa.

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

A treia parte a ghidului cuprinde trei teme specifice: (1) măsuri pentru pacienții cu COVID-19, (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.

În final, vă **invităm să ne transmiteți propuneri și recomandări** cu privire la această primă 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.**



Pentru informații mai detaliate, puteți accesa pagina web a CNAS (inclusiv printr-un click direct în document, pe textul ce urmează după simbolul )

Informații generale

Introducere în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

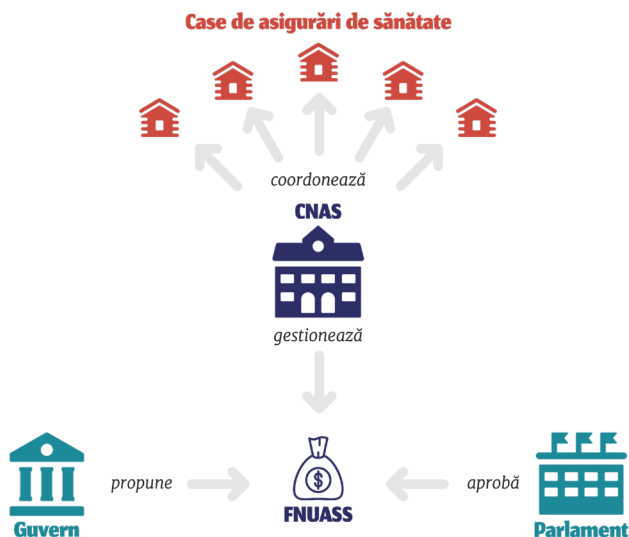
Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației. Obiectivul principal al sistemului de asigurări sociale de sănătate este **protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident**. Fiecare asigurat trebuie 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. Acestea cuprind servicii medicale pentru prevenirea bolilor, servicii medicale 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*). De asemenea, lista medicamentelor de care beneficiază asigurații în sistem compensat sau 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** (*lege ce poate fi modificată în Parlament sau prin Ordonanță de Urgență de către Guvern*).

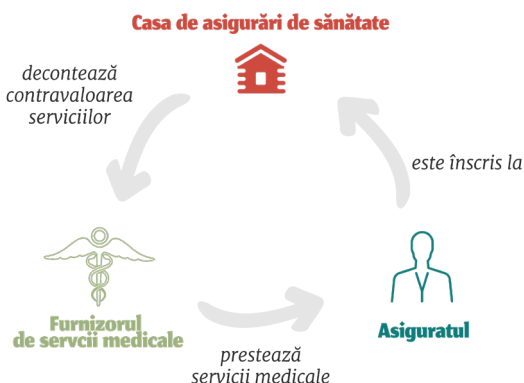
Ministerul Sănătății este autoritatea centrală în domeniul sănătății, aflată în subordinea Guvernului României, responsabilă pentru stabilirea viziunii și strategiei în ceea ce privește politicile publice de sănătate.

CNAS se află în coordonarea Ministerului Sănătății și 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: 41 de 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 medicale, clinici, spitale, farmacii, laboratoare și alți furnizori. Serviciile medicale 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 servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în **pachetul de bază**, furnizate de medicul de familie sau medicul specialist, în ambulatoriu sau în spital.

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

Pachet de bază



DA

Asigurat?

NU



Pachet minimal

Suplimentar față de pachetul minimal, **asigurații** mai beneficiază de investigații paraclinice, îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, medicamente compensate, dispozitive medicale, servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare.

Calitatea de asigurat

Modalitatea de plată a contribuției de asigurări sociale de sănătate este reglementată de **Codul Fiscal**, care 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 sau pentru care există obligația plății contribuției de asigurări sociale de sănătate”.

Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat sunt transmise CNAS de către autoritățile și instituțiile publice abilitate, pe baza unor protocoale. Calitatea de asigurat se acordă de la momentul înregistrării acestor date în platforma informatică a asigurărilor de sănătate.

Categoriile de persoane care beneficiază de asigurare fără plata contribuției includ, fără a se limita la:

- 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 care desfășoară activități didactice;
- 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 stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni.

Drepturi și obligații ale asiguraților

Printre cele mai importante **drepturi** de care beneficiază persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se numără:

- să aleagă furnizorii de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se înscriu;
- să fie înscriși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită;
- să își schimbe medicul de familie ales, numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;
- să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, servicii medicale de urgență, unele servicii de asistență stomatologică, tratament fizioterapeutic și de recuperare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;
- să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul;
- să aibă dreptul la informații în cazul

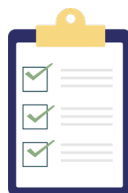
tratamentelor medicale;

- să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în condițiile legii.

Pentru a putea beneficia de drepturile anterior menționate, asigurații au următoarele **obligații**:

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

Toate drepturile și obligațiile asiguraților pot fi vizualizate  **aici**.



Accesarea serviciilor medicale în străinătate

Persoanele **asigurate** în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, aflate pe teritoriul statelor cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de servicii medicale pe teritoriul acestor state, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Mai multe detalii despre rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări pot fi regăsite la capitolul **Cardul european de sănătate. Rambursarea cheltuielilor medicale în alte țări.**

Cum poate fi verificată calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate?

Verificarea calității de asigurat se poate face online, prin interogarea aplicației de pe pagina web a CNAS sau de pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate.

www.cnas.ro/verificare-asigurat



Cardul național de sănătate

Ce este cardul național de sănătate?

Cardul național de sănătate este codul de acces pentru toate sistemele informatice ale CNAS și instrumentul de validare a prestării serviciilor în sistemul public de sănătate.

Cum se obține cardul 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, aceștia urmând a primi cardul prin servicii poștale.

Asigurații pentru care încă nu a fost emis cardul de sănătate pot beneficia de servicii medicale fără prezentarea acestui document, în baza calității de asigurat.

Cum se utilizează cardul 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.

Serviciile medicale de urgență nu necesită utilizarea/prezentarea cardului de sănătate.

Cum se obține un nou card de sănătate?

Asigurații care au primit carduri naționale de asigurări sociale de sănătate cu date personale eronate, sau au pierdut/distruș 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 prin poșta electronică.

Adeverința de înlocuire a cardului

În cazul solicitării unui nou card de sănătate, până la primirea acestuia, asiguratul va beneficia de servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în baza unei adeverințe de înlocuire a cardului.

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**.

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. În acest caz, furnizorul va telefona la numărul de helpdesk 0800-800-950. Informații suplimentare pot fi obținute printr-o solicitare la adresa suport.ceas@casan.ro

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 are posibilitatea de a se înscrie pe lista unui medic de familie pe care îl alege. De asemenea, după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii, poate opta pentru schimbarea acestuia.

Persoanele neasigurate beneficiază gratuit de pachetul minimal, care cuprinde servicii medicale pentru situații de urgență, consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei, consultații de planificare familială, supravegherea și depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, servicii de prevenție. Pentru analizele de laborator, investigațiile imagistice sau tratamentul recomandat de medicul de familie, persoanele neasigurate suportă integral costurile, fără a beneficia de rețete compensate.

Asigurații beneficiază la medicul de familie de servicii cuprinse în pachetul de bază: servicii medicale curative, de prevenție, consultații la domiciliu, administrare de medicamente, precum și de o serie de servicii adiționale, pe care medicul de familie le poate furniza dacă are pregătirea și aparatura necesară.

Serviciile medicale curative cuprind serviciile pentru urgențele medicale, precum și consultațiile pentru afecțiuni acute (*inclusiv intervenții de mică chirurgie sau manevre specifice*). Consultațiile periodice pentru asigurații cu **boli cronice** se realizează pe bază de programare și se acordă pentru continuarea terapiei, pentru supravegherea evoluției bolii și a complicațiilor acesteia. Pacienții cu boli cronice pot beneficia de o consultație pe lună la medicul de familie, la cabinet sau la distanță.

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

0-3 ani

la externare din maternitate și la 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 de luni

4-18 ani

o dată pe an

18-39 ani

o dată la 3 ani
o dată pe an pentru persoanele cu risc înalt

40+ ani

pachet de prevenție anual
o dată la 3 ani pentru persoane neasigurate

Pachet anual de prevenție pentru 40+ ani

Până la 3 consultații în interval de 6 luni

Evaluare Intervenție Monitorizare

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

Important

Investigațiile din cadrul pachetului sunt acordate și peste valoarea de contract

Medicii de familie care au pregătirea (atestat/competență) și aparatura necesară în cabinet pot acorda asiguraților de pe lista proprie servicii de **ecografie** generală – abdomen și pelvis.

Începând cu data de **1 iulie 2021**, medicii de familie care au aparatura necesară în cabinet, pot oferi pacienților asigurați din propria listă următoarele servicii: spirometrie, măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale timp de 24 de ore (*Holter*), măsurarea indicelui de presiune gleznă-braț, efectuarea și interpretarea electrocardiogramei (*EKG*) pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate.

Consultațiile furnizate de medicul de familie pot fi acordate și **la domiciliu** pentru persoanele nedepasabile, pentru pacienții cu boli cronice sau afecțiuni acute care nu permit deplasarea la cabinet, copiilor cu vârsta 0-1 an, copiilor 0-18 ani cu boli infecto-contagioase și lăuzelor. Pentru pacienții cu boli cronice, începând cu data de 1 iulie 2021, se poate acorda o consultație la domiciliu pe lună.

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

Pentru consultațiile la distanță nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.



Până la finalul lunii în care încetează starea de alertă pentru pandemia COVID-19, toate consultațiile din pachetul de servicii de bază, respectiv din pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate inclusiv la distanță, dacă medicul de familie apreciază că acest lucru se poate realiza în beneficiul pacientului.

Documentele medicale pe care medicul de familie le poate elibera persoanelor asigurate înscrise pe lista sa:

- bilet de trimitere (*pentru consultații de specialitate sau investigații*);
- prescripție medicală;
- certificat de concediu medical;
- adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;
- adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate;
- fișă medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap;
- certificat medical constatator al decesului;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;
- adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază.

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.

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. Persoanele neasigurate se pot prezenta direct la medicul specialist pentru a beneficia de aceste servicii, fără a fi nevoie de bilet de trimitere. Pentru analizele de laborator și investigațiile imagistice recomandate și pentru tratamentul prescris, persoanele neasigurate vor suporta integral costurile.

Asigurații au dreptul la următoarele servicii acordate de medicul specialist: servicii medicale pentru situații de urgență, servicii medicale curative pentru afecțiuni acute, consultații pentru boli cronice, depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic, consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială (*consiliere, evaluare și monitorizare a statusului genito-mamar, tratamentul complicațiilor*), servicii de îngrijiri paliative, servicii diagnostice și terapeutice, servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei, servicii medicale în

scop diagnostic (*acestea din urmă sunt servicii de spitalizare de zi și se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic*).



Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate aflat în contract cu casa de asigurări. Medicul specialist poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate doar în cadrul unei consultații acordate în baza unui bilet de trimitere emis de medicul de familie, cu excepția afecțiunilor prezentate în paragraful următor, pentru care nu este nevoie de bilet de trimitere. 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.

Pentru situațiile de urgență și serviciile de planificare familială, pacienții se pot prezenta direct la medicul specialist din ambulatoriu, fără a fi necesar biletul de trimitere. De asemenea, **asiguratul** diagnosticat cu anumite afecțiuni (*exemple: diabet, glaucom, insuficiență cardiacă, scleroză multiplă 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/acutezării 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 atitudinea terapeutică.

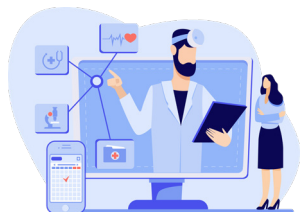
Pacienții cu afecțiuni cronice beneficiază, pe baza unui bilet de trimitere, de maximum 4 consultații pe trimestru, cu încadrarea în cel mult 2 consultații pe lună, pentru servicii care prevăd evaluarea pacientului și a investigațiilor de laborator, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolii.

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

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

Consultațiile pentru **afecțiunile cronice**, precum și pentru **bolile cu potențial endemo-epidemic** ce necesită izolare, pot fi acordate și **la distanță**, prin orice mijloace de comunicare, fiind exceptate de la

obligăția prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic specialist. Documentele rezultate în urma consultațiilor vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.



Până la finalul lunii în care încetează starea de alertă pentru pandemia COVID-19, toate consultațiile din pachetul de servicii de bază, respectiv din pachetul minimal de servicii medicale pot fi acordate inclusiv la distanță, dacă medicul specialist apreciază că acest lucru se poate realiza în beneficiul pacientului.

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

Medicul specialist poate decide în urma consultațiilor:

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic;
- eliberarea recomandării pentru

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

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

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

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

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

Începând cu data de 1 iulie 2021, asigurații cu **afecțiuni sau agravări post COVID-19** pot beneficia de kinetoterapie, consiliere psihologică și psihoterapie, la recomandarea medicilor din specialitățile clinice cardiologie și pneumologie.



Analize de laborator și investigații imagistice

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

- să 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 aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate.

Începând cu data de 1 decembrie 2020, 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:

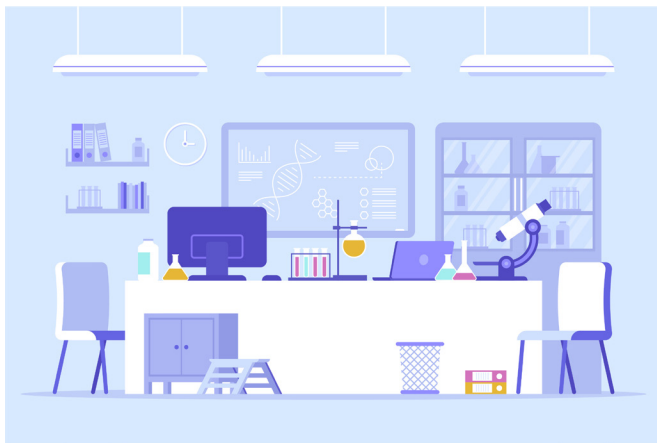
- hematologice (*hemogramă etc.*);
- serice (*exemple: acid uric, creatinină serică, glicemie, colesterol, trigliceride, sodiu, potasiu, calciu, magneziu etc.*);
- de urină (*sumar și sediment de urină, albumină urinară, glucoză urinară etc.*);
- imunologice (*diferiți hormoni și anticorpi*);
- microbiologice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



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

Pentru a identifica laboratoarele în contract cu casele de asigurări de sănătate și fondurile disponibile la nivelul acestora, asigurații pot accesa

pagina web a CNAS (www.cnas.ro), unde se regăsesc informații privind datele de contact ale furnizorilor, pe tipuri de asistență medicală. Pe prima pagină, în meniul „**Informații Furnizori**” la secțiunea „**Rapoarte online furnizori (website vechi)**”, accesând fereastra „**Raportare paraclinic – vezi mai mult**”, se află lista de laboratoare în contract cu casele de asigurări de



sănătate, precum și fondul disponibil la nivelul fiecărui laborator. Aceste informații pot fi accesate și pe paginile web ale caselor de asigurări de sănătate.

Atenție!

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

În contextul pandemiei COVID-19, investigațiile recomandate potrivit ghidurilor de practică medicală aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare pentru monitorizarea pacienților cu COVID-19 (după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare), precum și

a pacienților cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, se acordă de către laboratoare și **peste valoarea de contract**, cu condiția ca medicul prescriptor să specifice pe biletul de trimitere faptul că investigațiile se efectuează pentru monitorizare.

Începând cu luna iulie 2021, investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul **consultațiilor de prevenție** pentru asigurații cu vârsta de peste 40 de ani sunt decontate din FNUASS și pot fi efectuate de furnizori aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate și **peste valoarea de contract**.

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

Serviciile spitalicești se acordă pentru **bolile care necesită internare** și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

Serviciile medicale în regim de spitalizare se acordă, conform programării, în baza biletului de trimitere eliberat de către medicul de familie sau de medicul specialist din ambulatoriu.

Biletul de trimitere nu este necesar în cazul urgențelor medicale.



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 maximum 12 ore, sau prin **spitalizare continuă**, care implică o durată de internare mai mare de 12 ore.

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

Condiții de acordare a serviciilor de spitalizare în unități sanitare publice

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

Spitalul public aflat în contract cu o casă de asigurări de sănătate este obligat să acorde serviciile medicale care fac obiectul contractului și să **suporte pentru asigurații internați toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor** respective, inclusiv medicamente, materiale sanitare, investigații de laborator și imagistice. De asemenea, spitalul suportă suma pentru serviciile hoteliere standard pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani și pentru cei ai persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Singurele servicii care nu sunt decontate de către stat, iar contravaloarea acestora este suportată

de asigurat, se referă la:

- servicii hoteliere cu grad înalt de confort*, contravaloarea fiind stabilită de fiecare spital;
- asistență medicală sau servicii 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 Hotărâre a Guvernului.

Pentru episodul de internare, pacientul suportă coplata, al cărei nivel minim este de 5 lei, iar nivelul maxim este de 10 lei.

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

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

Condiții de acordare a serviciilor de spitalizare în unitățile sanitare private

Începând cu data de 1 iulie 2021, spitalele private aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate pot percepe o **contribuție personală** de la

pacienții care optează să beneficieze de servicii de spitalizare, pentru o afecțiune în formă acută, în aceste unități cu finanțare în funcție de grupuri de diagnostice (sistem DRG).



Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful decontat de casa de asigurări de sănătate și tariful practicat de spitalul privat. Pentru a asigura transparența și respectarea drepturilor pacienților, au fost introduse următoarele reglementări: spitalul privat în contract cu casa de asigurări de sănătate are obligația de a afișa public, la sediu și pe pagina web, tarifele practicate, precum și suma decontată de către stat și valoarea contribuției personale pentru serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate. **Înainte de internare**, 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 pe următoarea pagină.

Deviz estimativ

Datele clinicii

Datele pacientului

Datele cazului tratat

Scurtă descriere a serviciului medical
Numărul zilelor de spitalizare estimate

Date financiare privind serviciile ce vor fi acordate

Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului

Detalierea cheltuielilor

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

Suma suportată din FNUASS

Contribuția personală

Valabil 5 zile lucrătoare

Ce se întâmplă în situația în care un 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.

Persoanele neasigurate pot beneficia de următoarele servicii pentru medicina dentară: tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare, pansament calmant/drenaj endodontic, tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie, tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie, chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei, reducerea luxației articulației temporo- mandibulare, reparație proteză, rebazare proteză, reparație aparat ortodontic. Persoanele neasigurate beneficiază gratuit doar de serviciile din pachetul minimal.

Pe lângă serviciile prevăzute în pachetul minimal, **asigurații** pot beneficia de serviciile cuprinse în pachetul de bază pentru medicina dentară, care include, fără a se limita la: consultația, tratamentul cariei simple, tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale, extracții dentare, chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei, decapuşonarea la copii, proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă,

element protetic fizionomic sau semi-fizionomic, aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale.

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

Pentru tinerii cu vârste cuprinse între 18 și 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, ucenici sau studenți și cu condiția să nu realizeze venituri din muncă, casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară.

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



Servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare

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

Medicină fizică și reabilitare în ambulatoriu

Serviciile de medicină fizică și de reabilitare se acordă în regim ambulatoriu, în cadrul specialității clinice de medicină fizică și de reabilitare. Aceste servicii includ **consultații cu sau fără proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente**, care se efectuează în cabinetul medical și **serii de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare**, 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.



Consultațiile de specialitate medicină fizică și de reabilitare se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie/medicul specialist din ambulatoriul clinic/medicul specialist din spital la externare, cu condiția ca aceștia să fie în contract cu casa de asigurări de sănătate.

În cazul unor afecțiuni diagnosticate deja, precum paralizii cerebrale, poliartrita reumatoidă, artropatia psorizică, spondilita anchilozantă, artrită cronică juvenilă, asiguratul se poate prezenta direct la medicul specialist din ambulatoriu, fără a mai fi necesar bilet de trimitere.

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

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

din stațiunile balneoclimatice, se decontează maximum 4 proceduri/zi, dintre care 2 proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare cu factori terapeutici naturali.

Recuperare medicală în spitale

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

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

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

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

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

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



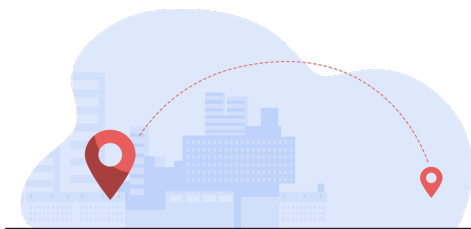
Consultații de urgență la domiciliu și transport neasistat

Persoanele neasigurate pot beneficia de servicii medicale pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat precum:

- consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele 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 aortofemural, 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 persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

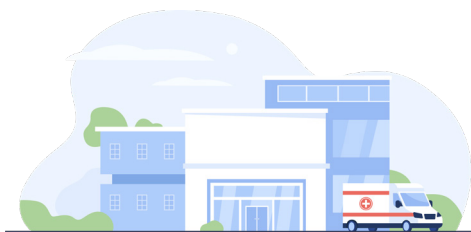


Asigurații pot beneficia de următoarele servicii pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, pe lângă serviciile prevăzute în pachetul minimal, fără a se limita la:

- transport la externare (*inclusiv în alt județ*) pentru pacienții cu tulburări cognitive severe (*demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru*

autist, întârziere mintală severă sau profundă);

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



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

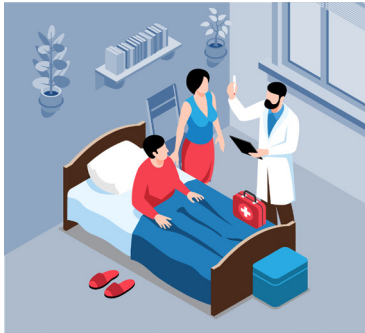
Astfel, doar în cazul în care pacientul se regăsește într-una dintre situațiile descrise mai sus, acesta sau aparținătorul poate apela serviciul de urgență 112, iar dispeceratul analizează situația descrisă și decide ce fel de ambulanță să trimită.

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

Apelarea serviciului de urgență 112 se face în mod responsabil!

Îngrijiri la domiciliu

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



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

Îngrijiri medicale la domiciliu

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

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

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

Îngrijiri paliative la domiciliu

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă 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, sau medicii specialiști din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Cele mai uzuale servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sunt: consultația, elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire, evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire, aplicarea și

monitorizarea tratamentului farmacologic, educarea și informarea pacientului pentru auto-îngrijire, îngrijire terminală, consiliere psihologică specializată a pacientului și familiei, kinetoterapie.

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

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

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

Condiții referitoare la îngrijirile medicale și paliative la domiciliu

Un 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.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu sau îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar al doilea exemplar va fi înmănat asiguratului, care îl va prezenta în original la casa de asigurări pentru a certifica încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care acesta poate beneficia. Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării recomandării, va înmâna 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.

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



Medicamente compensate

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 psihotrope și stupefiante – formularele verzi sau galbene*).

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

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



Medicul prescriptor

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

Începând cu data de 1 iulie 2021, asiguratul poate beneficia de medicamente compensate pentru boala cronică deja confirmată și în cazul în care este internat într-un spital care nu deține respectivele medicamente. Astfel, pe lângă medicii de familie, și medicii din ambulatoriul de specialitate pot elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu medicamente pe care o depune spitalul la contractare. În această situație, prescripția medicală se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat. Începând cu data de 1 iulie 2021, spitalele au obligația de a publica pe propria pagină web **lista medicamentelor disponibile** în respectivul spital.

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

Un exemplar al prescripției medicale este înmănat 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 sau îl poate transmite farmaciei prin mijloace de comunicare electronică în vederea printării acestuia.

Atenție!

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

Valabilitatea prescripției electronice

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

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

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

Prevederi specifice

Pot fi prescrise medicamente pentru maximum 7 zile în următoarele situații:

- de către medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;
- de către medicul din cabinetul școlar sau studentesc, pentru elevi și studenți, în caz de urgență medicală, doar pentru afecțiuni acute; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;
- de către medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptții, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.



Listele de compensare

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

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

În situația în care vă încadrați în categoria „pensionari cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari de până la 1.299 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri”, procentul de compensare corespunzător denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista B este de 90% din prețul de referință.

Eliberarea medicamentelor în farmacie

Medicamentele prescrise în regim compensat pot fi ridicate de la farmacie de către beneficiarul acestora sau de către altă persoană în numele acestuia, prin prezentarea cardului național de sănătate. Doar persoanele asigurate sau persoanele care ridică medicamentele în numele acestuia și care nu dețin card de sănătate semnează componenta eliberare, pe format hârtie, înmânată de farmacist și care se păstrează în farmacie.

Începând cu data de 1 aprilie 2021, **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 acestora cu medicamentele care au prețul mai mic sau egal cu prețul de referință, astfel încât asigurații, în cazul prescrierii pe substanță activă, să poată opta pentru acele produse pentru care casele de asigurări de sănătate decontează suma maximă, în funcție de procentul aferent listei de compensare, și pentru care contribuția personală a asiguratului este minimă.

Dispozitive medicale

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

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

Pachetul de bază pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive 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 noninvasivă, dispozitive pentru terapia cu aerosoli, dispozitive de mers, proteze externe de sân.



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 pentru dispozitiv;
- certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă, după caz.

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

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

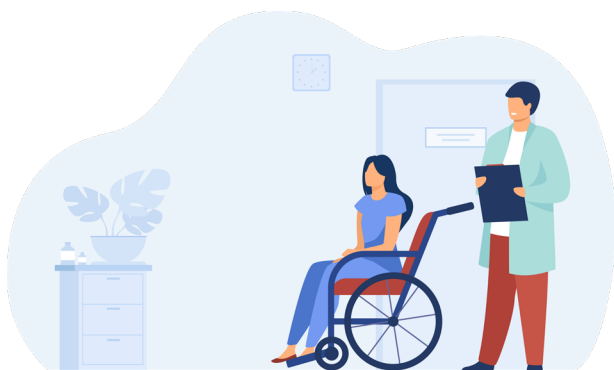
În cazul acceptării, se va emite o decizie de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului, în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, o rudă de gradul I sau II, soțul/soția sau reprezentantul legal al acestuia,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

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

Pentru procurarea dispozitivului, 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.

Pentru dispozitivele de protezare stomii, retenție sau/și incontinență urinară, fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă și filtre umidificatoare HME, decizia de aprobare emisă de casa de asigurări de sănătate va fi însoțită și de taloane corespunzătoare lunilor din cadrul perioadei pentru care a fost emisă decizia. La accesarea inițială a serviciilor de închiriere, asiguratul va pune la dispoziția furnizorului decizia de aprobare și primul talon. Taloanele vor fi predate lunar furnizorului, pentru a beneficia de dispozitivele necesare.

În cazul în care asiguratul dorește să schimbe furnizorul sau tipul de dispozitiv recomandat pentru afecțiunile menționate, acesta trebuie să reia procedura de obținere a unei noi decizii din partea casei de asigurări de sănătate.



Teme speciale

Măsuri pentru pacienții cu COVID-19

Pe perioada pandemiei COVID-19 (până la finalul lunii în care încetează starea de alertă), pentru persoanele asigurate, persoanele neasigurate, precum și pentru alte persoane aflate pe teritoriul României diagnosticate cu COVID-19 sunt decontate din FNUASS **toate serviciile medicale și medicamentele necesare** tratării acestora.

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

Începând cu data de 1 iulie 2021, în lista serviciilor medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi a fost introdus serviciul „Evaluarea Sindromului Post Covid-19”, pentru a veni în sprijinul pacienților care continuă să prezinte simptome o perioadă îndelungată de timp, unii chiar după ce au trecut printr-o formă ușoară a bolii.

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



Începând cu data de 1 iulie 2021, pacienții cu afecțiuni post COVID-19 pot beneficia de **kinetoterapie, consiliere psihologică și psihoterapie**, la recomandarea medicilor din specialitățile clinice cardiologie și pneumologie. Aceste servicii sunt decontate în sistemul de asigurări de sănătate cu condiția ca medicii care le acordă să își desfășoare activitatea în clinici aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate. Modalitatea prin care pacienții pot accesa serviciile medicale este detaliată la capitolul **Medicul specialist**.

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 Elvețiene/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.

Cardul european

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 șederii 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 asigurării 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 face dovada calității de asigurat 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 șederii 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 sau ale caselor de asigurări de sănătate.

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 Elvețiene/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.

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 nu poate fi utilizat pe teritoriul României.

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 încadrează în categoria celor devenite necesare pe timpul șederii 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 au fost refuzate, 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 au fost refuzate, 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 și oricărui furnizor de servicii medicale care furnizează în mod legal asistență medicală pe teritoriul unui stat membru al 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 sunt **asigurați în România** și care își desfășoară activitatea în alt stat european, în următoarele situații: persoane detașate sau în caz de pluriactivitate, lucrători frontaliери, 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. 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 tratamentul 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 Mării Britanii și Irlandei de Nord.

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

Cheltuieli medicale în alte țări



Programele naționale de sănătate curative

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

Scopul **Programelor Naționale de Sănătate Curative** (PNSC) este de a asigura tratamentul specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice. Bolnavii pot beneficia în cadrul PNSC de următoarele: medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, servicii specifice (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 suplere a funcției renale (dializă) la bolnavii cu insuficiență renală cronică, se asigură, pe lângă medicamente și materiale sanitare, și investigații medicale, transport nemedicalizat al bolnavilor hemodializați de la și la domiciliul acestora și transport lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul bolnavilor.

În cadrul PNSC, se asigură doar acele medicamente incluse în **Lista medicamentelor compensate** aprobată prin Hotărâre a Guvernului, care pot

fi prescrise și decontate doar pentru afecțiunile care fac obiectul PNSC.

Medicamentele care se acordă în cadrul PNSC pot fi eliberate prin farmacii comunitare (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 li se acorda calitatea de asigurat. 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 paginile web ale caselor de asigurări de sănătate, la secțiunea „**Informații pentru Asigurați**” – „**Programe Naționale de Sănătate Curative**”.



Programele Naționale de Sănătate Curative derulate de CNAS sunt:

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

Informații detaliate despre fiecare program pot fi vizualizate [aici](#).

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: relpubli@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