

In atentia furnizorilor de servicii medicale

Conform OUG nr.162/2020 pentru completarea OUG nr.70/2020, **începând cu 1 octombrie 2020 până la 31 decembrie 2020** sunt aplicabile **următoarele măsuri în domeniul sănătății**:

1. Serviciile medicale și medicamentele pentru tratarea cazurilor COVID-19 și complicațiile acestora se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României și se suportă din bugetul FNUASS;
2. Pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, decontarea lunară se face fără a mai fi necesară o regularizare a trimestrelor II și III, după cum urmează:
 - a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;
 - b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;
 - c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital;
 - d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de virusul SARS-CoV-2, pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19;
3. În situația în care serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, depășesc nivelul contractat, decontarea acestora se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii;
4. Pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, inclusiv dacă a fost depășit nivelul contractat.
5. Consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, precum și cele acordate prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare, dar nu mai mult de 8 consultații/oră/medic;
6. Consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se acordă și se validează fără a fi

necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare prevăzute de lege, pentru consultatiile acordate la cabinet fiind obligatorie validarea cu cardul de sănătate;

7. Medicii de familie pot prescrie pentru pacienții cronici inclusiv medicamentele restricționate din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;

8. Decontarea serviciilor efectuate de furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, ce se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile;

9. Pentru investigațiile paraclinice și de imagistică medicală efectuate de furnizorii de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală, în regim ambulatoriu, ce sînt necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital, evidențiate distinct, precum și pentru serviciile medicale paraclinice acordate pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice prin acte adiționale;

10. Decontarea serviciilor efectuate de furnizorii de îngrijiri medicale/ paliative la domiciliu, ce se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile;

11. Se prelungește până la data de 31 decembrie 2020 valabilitatea:

- biletelor de trimitere pentru specialități clinice, inclusiv pentru biletele pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare,
- biletelor pentru specialități paraclinice,
- recomandărilor pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive care se depun/ transmit la casele de asigurări de sanatate,
- deciziilor de aprobare pentru procurarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, a căror valabilitate expiră înainte de sfârșitul anului 2020;

12. Pentru decontarea cu prioritate a concediilor medicale acordate persoanelor asigurate pentru care s-a instituit măsura de carantină sau izolare, potrivit legii, se alocă sume suplimentare în bugetul FNUASS, în condițiile legii.

Director general
Ec.Prodan Carmen

