

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 4.353 din 27 decembrie 2023

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 1.236 din 19 decembrie 2023

ORDIN

privind modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 23.704 din 27.12.2023 al Ministerului Sănătății și nr. DG 6.349 din 19.12.2023 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 229 alin. (4) și ale art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În tot cuprinsul anexei nr. 1, sintagma „senologie imagistică” se modifică și se înlocuiește cu sintagma „senologie imagistică la femei”.

2. În anexa nr. 7 litera B, în tabelul de la subpunctul 1.8.1, la litera c), nota de la subpunctul c1.3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ:

Începând cu data intrării în vigoare a Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv 1 octombrie 2023, serviciile din pachetul de bază acordate în perioada 1.10.2023—31.03.2024 se decontează numai în condițiile în care furnizorul de servicii conexe actului medical care acordă serviciul nu are contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist. În această perioadă asigurații pot beneficia de serviciul de consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist în cadrul pachetului de servicii de bază, dacă nu beneficiază de servicii ce fac obiectul Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Începând cu data de 1 aprilie 2024, serviciul de consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din

spectrul autist nu mai face obiectul pachetului de servicii de bază.”

3. În anexa nr. 7 litera B, în tabelul de la subpunctul 1.8.1, la litera c), nota de la subpunctul c1.5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ:

Pentru copii se decontează numai pentru alte afecțiuni decât TSA. Pentru adulții cu TSA, începând cu data intrării în vigoare a Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, respectiv 1 octombrie 2023, serviciile din pachetul de bază acordate în perioada 1.10.2023—31.03.2024 se decontează numai în condițiile în care furnizorul de servicii conexe actului medical care acordă serviciul nu are contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist. În această perioadă adulții cu TSA pot beneficia de serviciul de psihoterapie în cadrul pachetului de servicii de bază, dacă nu beneficiază de servicii ce fac obiectul Subprogramului național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Începând cu data de 1 aprilie 2024, adulții cu TSA nu mai beneficiază de serviciul de psihoterapie pentru această afecțiune în cadrul pachetului de servicii de bază.”

4. În tot cuprinsul anexei nr. 7, sintagma „platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân” se modifică și se înlocuiește cu sintagma „platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân, începând cu data implementării acesteia la nivel național”.

5. În tot cuprinsul anexei nr. 7, sintagma „platforma informatică de screening specifică” se modifică și se înlocuiește cu sintagma „platforma informatică de screening specifică, începând cu data implementării acesteia la nivel național”.

6. În anexa nr. 8, la articolul 3 alineatul (1), litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

„d) pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot deconta lunar de către casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, în condițiile în care numărul de consultații efectuate, raportate și decontate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, precum și pentru medicii cu supraspecializarea/competența/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative se pot deconta lunar de către casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, în condițiile în care numărul de consultații efectuate, raportate și decontate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, precum și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se pot deconta lunar de către casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, calculat la nivelul unei luni în condițiile în care numărul de consultații efectuate, raportate și decontate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14.

Pentru fiecare consultație în plus față de 19 consultații pentru specialitățile clinice, respectiv 9 consultații pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, precum și pentru medicii cu supraspecializarea/competența/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative sau 14 consultații pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, și specialitatea medicină fizică și de reabilitare ce pot fi efectuate, raportate și decontate în medie pe zi, în condițiile raportării, și servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, după caz, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale scade cu câte 17 puncte pentru specialitățile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, precum și pentru medicii cu supraspecializarea/competența/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative și cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, precum și pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare.

În situația în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile. În situația în care programarea se realizează prin mijloace de comunicare electronică, la distanță, confirmarea programării se va transmite asiguratului prin mijloace de comunicare electronică.”

7. În anexa nr. 13, după punctul 62 se introduce un nou punct, pct. 63, cu următorul cuprins:

„63. Arsurile de gradul IIB—III localizate pe față, scalp, mâini, picioare, organe genitale, perineu, articulații mari și/sau arsuri de gradul III cu alte localizări, dar care afectează cel puțin 10% din suprafața corporală.”

8. În anexa nr. 17, la litera A, nota 4 de sub tabelul de la punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTA 4:

Investigațiile paraclinice — analize de laborator recomandate de medicul de familie ca urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, persoanelor

asimptomatice peste 18 ani, persoanelor cu vârsta între 40 și 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice și persoanelor cu vârsta de peste 60 de ani care sunt deja înregistrate la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice, care sunt prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, nota 1 de la punctul 1.2.3, nota 2 de la punctul 1.2.6 și nota 2 de la punctul 1.2.7 de la lit. B din anexa nr. 1 la ordin, precum și investigațiile paraclinice — analize de laborator recomandate de medicul de familie pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderale/obeze și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat și cele recomandate de medicul de familie pentru persoanele cu vârsta de 18 ani și 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, prevăzute la pct. 1.2.8 și 1.2.9 de la lit. B din anexa nr. 1 la ordin, se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice și are completat câmpul corespunzător prevenției.”

9. În tot cuprinsul anexei nr. 22, sintagma „platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân” se modifică și se înlocuiește cu sintagma „platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân, începând cu data implementării acesteia la nivel național”.

10. În tot cuprinsul anexei nr. 22, sintagma „platforma informatică de screening specifică” se modifică și se înlocuiește cu sintagma „platforma informatică de screening specifică, începând cu data implementării acesteia la nivel național”.

11. În anexa nr. 23 C, în tabelul de la secțiunea „Tarif mediu pe caz pentru spitalele de acuți non DRG, respectiv pentru secțiile/compartimentele de acuți din spitalele de boli cronice și de recuperare”, titlul celei de-a cincea coloane se modifică și va avea următorul cuprins: „Tarif mediu pe caz (lei)”.

12. În anexa nr. 38, sub tabelul de la punctul 9, la asteriscul **), partea introductivă și literele a, a.1, a.2 și b se modifică și vor avea următorul cuprins:

„**) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă pentru următoarele afecțiuni:

Oxygenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar — durata administrării cotidiene este ≥ 15 ore/zi.

Indicații:

a. pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă/gravă în repaus pentru:

a.1. BPOC:

a.1.1. — la inițierea terapiei (prima prescriere) pentru valori ale raportului VEMS/CVF la efectuarea spirometriei, mai mici de 70%, asociat cu una dintre următoarele condiții:

— PaO₂ < 55 mmHG (sau SatO₂ \leq 88%), măsurată în repaus la distanță de un episod acut

— PaO₂ 55—59 mmHG (sau SatO₂ < 90%), măsurată în repaus la distanță de un episod acut și unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%)

a.1.2. — la continuarea terapiei (următoarele prescripții) — cu una dintre următoarele condiții:

— PaO₂ < 55 mmHG (sau SatO₂ \leq 88%), măsurată în repaus la distanță de un episod acut

— PaO₂ 55—59 mm HG (sau SatO₂ < 90%), măsurată în repaus la distanță de un episod acut și unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%).

În cazul unei contraindicații relative la efectuarea spirometriei datorită comorbidităților, medicul va specifica acest lucru în recomandare și va anexa o spirometrie veche de maximum 3 ani cu raport VEMS/CVF < 70%. La prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o spirometrie recentă cu raportul VEMS/CVF < 70%.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanți care fac recomandarea:

— medici de specialitate pneumologie și medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;

a.2. alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă:

a.2.1. — pentru sindromul obstructiv la inițierea terapiei (prima prescriere) definit prin spirometrie și PaO₂ < 60 mm HG (sau SatO₂ < 90%) măsurate în repaus. La continuarea terapiei (următoarele prescripții) trebuie îndeplinită condiția PaO₂ < 60 mm HG (sau SatO₂ < 90%) măsurată în repaus. În cazul unei contraindicații relative la efectuarea spirometriei datorită comorbidităților, medicul va specifica acest lucru în recomandare și va anexa o spirometrie veche de maximum 3 ani cu raport VEMS/CVF < 70%. La prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o spirometrie recentă cu raportul VEMS/CVF < 70%;

a.2.2. — pentru sindromul restrictiv, la inițierea terapiei (prima prescriere), definit prin capacitate pulmonară totală <= 60% din valoarea prezisă sau factorul de transfer gazos prin membrana alveolo-capilară — DLco < 40% din valoarea prezisă și PaO₂ < 60 mm HG (sau SatO₂ < 90%) în repaus. La continuarea terapiei (următoarele prescripții) trebuie îndeplinită condiția PaO₂ < 60 mm HG (sau SatO₂ < 90%) în repaus. În cazul unei contraindicații relative la efectuarea explorării funcționale respiratorii datorită comorbidităților, medicul va specifica acest lucru în recomandare și, la prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o explorare funcțională respiratorie recentă care să îndeplinească condițiile de mai sus.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanți care fac recomandarea:

— medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, cardiologie, oncologie, pediatrie și medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

b. pacienți cu insuficiență respiratorie medie sau severă ca urmare a infecției SARS-CoV-2 la externarea din spital sau care

au trecut printr-un sistem de triaj specific infecției SARS-CoV-2 sau pacienți cu boli infectocontagioase cu risc pandemic care dezvoltă insuficiență respiratorie, cu următoarele condiții:

— SatO₂ < 90% măsurată prin pulsoximetrie în repaus; și/sau

— PaO₂ < 60 mm HG măsurată prin ASTRUP arterial în repaus.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile (cu reevaluare la sfârșitul perioadei).

Medici curanți care fac recomandarea:

— medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, boli infecțioase, medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.”

13. În anexa nr. 38 punctul 9, după litera b de la asteriscul **) se introduce o nouă literă, litera c, cu următorul cuprins:

„c. Oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen portabil

c.1. pacienți fără indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar. Criterii de acordare la inițierea prescripției:

— boală pulmonară de tip obstructiv (definită prin raport VEMS/CV < 70%) sau restrictiv (definită prin CPT < 70% din valoarea prezisă și/sau DLco < 60% din valoarea prezisă);

— dispnee semnificativă la efort (scor de minimum 2 pe scala MMRC) la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută;

— desaturare severă la efort — scăderea SpO₂, în cursul testului de mers 6 minute, sub 88% — la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută;

— decizia medicului că există un potențial beneficiu al administrării oxigenului portabil unui:

o pacient activ (salariat sau elev/student cu frecvență sau alte situații); sau

o pacient capabil și dispus să facă efort fizic în afara locuinței în majoritatea zilelor.

Criterii de acordare la următoarele prescripții:

— criteriile de mai sus reînnoite anual.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat. Medicul curant evaluează indicația de oxigen portabil la fiecare vizită. În cazul în care indicația dispăre datorită evoluției favorabile a bolii sub tratament sau datorită remisiunii unei exacerbare acute, acesta va întrerupe prescripția de oxigen portabil.

Medicii curanți care fac recomandarea:

— medici de specialitate pneumologie sau pneumologie pediatrică care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Recomandarea este obligatoriu însoțită de formularul prevăzut în anexa nr. 38 A, asumat prin semnătură și parafă de către medic, respectiv prin semnătură de către asigurat;

c.2. pacienți cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar

Criterii de acordare la inițierea prescripției (în plus față de criteriile de acordare a concentratorului de oxigen staționar):

— dispnee semnificativă la efort (scor de minimum 2 pe scala MMRC) la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută;

— test de mers 6 minute efectuat cu titrare de oxigen (adică debit de oxigen crescând pentru a menține o SpO₂ de minimum 88%)

la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută, pentru a certifica abilitatea și disponibilitatea pacientului de a efectua efort fizic în afara locuinței;

— decizia medicului că există un potențial beneficiu al administrării oxigenului portabil unui:

- o pacient activ (salariat sau elev/student cu frecvență sau alte situații); sau
- o pacient capabil și dispus să facă efort fizic în afara locuinței în majoritatea zilelor.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat. Medicul curant evaluează indicația de oxigen portabil la fiecare vizită. În cazul în care indicația dispăre datorită evoluției favorabile a bolii sub tratament sau datorită remisiunii unei exacerbări acute, acesta va întrerupe prescripția de oxigen portabil.

Medicii curanți care fac recomandarea:

— medici de specialitate pneumologie sau pneumologie pediatrică care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Recomandarea este obligatoriu însoțită de formularul prevăzut în anexa nr. 38 B, asumat prin semnătură și parafă de către medic, respectiv prin semnătură de către asigurat.”

14. În anexa nr. 38, sub tabelul de la punctul 9, la asteriscul **), literele a, b, d și e se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a. pacienți cu sindrom de apnee în somn de tip obstructiv și mixt

La adulți sindromul de apnee în somn de tip obstructiv și mixt se clasifică:

- ușor — IAH < 15 (dacă pacientul este înalt simptomatic, cu scor Epworth \geq 10);
- moderat — IAH 15—30;
- sever — IAH > 30.

La copii sindromul de apnee în somn de tip obstructiv și mixt se clasifică:

- ușor — IAH între 1 și 5;
- moderat — IAH între 5 și 10;
- sever — IAH mai mare \neq 10.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de \geq 4 ore pe noapte în \geq 70% din nopți în ultimele 3 luni. Emiterea celei de-a doua prescripții cu durata de 90/91/92 de zile se poate realiza după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de \geq 4 ore pe noapte în \geq 70% din nopți în ultimele 45 de zile de la prima prescripție.

Medicii curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în

contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

Dispozitive recomandate:

— suport de presiune pozitivă continuă administrată la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare — CPAP cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă administrată la nivelul căilor aeriene superioare, cu posibilitatea autoajustării presiunii — Auto CPAP cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrată la nivelul căilor aeriene superioare, emisă spontan și stabilită prin titrare — Bi-level S cu card de complianță, în cazul eșecului sau intoleranței la terapia cu CPAP/aCPAP;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrată la nivelul căilor aeriene superioare, cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și/sau a controlului volumului curent administrat — Bi-level S/T cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță, în cazul eșecului sau intoleranței la terapia cu CPAP/aCPAP;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele, cu posibilitatea autoajustării acestora — Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T;

b. sindrom de apnee în somn de tip central

Pentru pacienții cu IAH > 5/h cu prezența apneelor și hipopneelor de tip central > 50% din înregistrare/evenimente centrale > 50% din IAH (minimum > 2,5/h) demonstrate polisomnografic/ poligrafic.

Se efectuează inițial titrare CPAP.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de \geq 4 ore pe noapte în \geq 70% din nopți în ultimele 3 luni. Emiterea celei de-a doua prescripții cu durata de 90/91/92 de zile se poate realiza după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de \geq 4 ore pe noapte în \geq 70% din nopți în ultimele 45 de zile de la prima prescripție.

Medicii curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

Dispozitive recomandate:

— suport de presiune pozitivă continuă administrată la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare — CPAP cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrată la nivelul căilor aeriene superioare, cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele, cu posibilitatea autoajustării acestora — Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.

.....

d. sindrom de apnee în somn complex

Emergența sau persistența apneelor centrale (nr. apnee pe ora de somn ≥ 5) sau a respirației Cheyne-Stokes la pacienții cu sindrom de apnee în somn obstructiv aflați sub tratament CPAP care au eliminat excelent, bine sau mulțumitor evenimentele obstructive

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$ din nopți în ultimele 3 luni. Emiterea celei de-a doua prescripții cu durata de 90/91/92 de zile se poate realiza după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$ din nopți în ultimele 45 de zile de la prima prescripție.

Medici curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

Dispozitive recomandate:

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele, administrată la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea autoajustării acestora — Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.

e. sindrom de obezitate — hipoventilație (Se asociază în 90% din cazuri cu SASO.)

Trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

1. hipercapnie nocturnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 55$ mm Hg, demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediate după momentul trezirii;

2. creșterea nivelului $\text{PTCO}_2 \geq 10$ mm Hg pe timp de noapte comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie;

3. poligrafia, polisomnografia sau pulsoximetria continuă nocturnă arată $\text{SaO}_2 < 90\%$, cu durata de $> 30\%$ din înregistrare sub CPAP;

4. în timpul titrării manuale polisomnografice, SpO_2 este $\leq 90\%$ timp de 5 minute sau mai mult, cu un minim de cel puțin 85%;

5. indice de masă corporală peste 40 kg/m^2 .

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$

din nopți în ultimele 3 luni. Emiterea celei de-a doua prescripții cu durata de 90/91/92 de zile se poate realiza după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$ din nopți în ultimele 45 de zile de la prima prescripție.

Medici curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

Dispozitive recomandate

— suport de presiune pozitivă continuă administrată la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare — CPAP cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele de presiune emisă spontan, administrată la nivelul căilor aeriene superioare și stabilită prin titrare — Bi-level S cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrată la nivelul căilor aeriene superioare, cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și/sau a controlului volumului curent administrat — Bi-level S/T, cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță;

— suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele, cu posibilitatea autoajustării acestora — Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.”

15. În anexa nr. 38, sub tabelul de la punctul 9, la asteriscul **), după litera e) se introduce o notă, cu următorul cuprins:**

„Notă pentru ****):

a) În situația în care asiguratul cu complianța la terapie de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$ din nopți în ultimele 3 luni renunță la tratament, reluarea terapiei cu suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP se realizează astfel:

— pentru o perioadă de întrerupere de sub un an fără modificarea semnificativă a factorilor de risc pentru apnee în somn (de exemplu, pacientul nu a slăbit 40 kg), medicul poate prescrie dispozitivul medical fără efectuarea poligrafiei/polisomnografiei,

— pentru o perioadă de întrerupere de un an și peste un an, pentru prescrierea dispozitivului medical este necesară efectuarea poligrafiei/polisomnografiei.

b) Pentru asiguratul cu complianța la terapie de < 4 ore pe noapte în $< 70\%$ din nopți în ultimele 3 luni se întrerupe decontarea sumei de închiriere pentru suportul de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP pe perioada cu complianță la terapie sub nivelul recomandat. Pentru a putea beneficia de suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, asiguratul va relua procesul de obținere a dispozitivului medical și va depune la casa de asigurări de sănătate prescripția medicală însoțită de complianța la terapie de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$ din nopți în ultimele 3 luni.

c) În situația în care suportul de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP este defect și se înlocuiește cu un alt dispozitiv, complianța la terapie aferentă perioadei utilizate se va citi pe cardul de complianță al noului dispozitiv.”

16. În anexa nr. 38, punctul 13 se modifică și va avea următorul cuprins:**„13. Dispozitive compresive**

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen de înlocuire	Preț de referință lei/buc.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Manșon compresiv pentru limfedem*)		12 luni	100
2.	Manșon compresiv ajustabil pentru limfedem*)		12 luni	249
3.	Cagulă totală compresivă**)		4 luni	854
4.	Cagulă parțială compresivă**)		4 luni	454
5.	Mănușă compresivă **)***)		4 luni	281
6.	Vestă compresivă**)		4 luni	463
7.	Bluză compresivă**)		4 luni	1919
8.	Manșon compresiv membrul superior **)***)		4 luni	133
9.	Pantaloni compresiv**)		4 luni	110
10.	Manșon compresiv membrul inferior **)***)		4 luni	96
11.	Șosetă compresivă **)***)		4 luni	66
12.	Mască siliconică**)		4 luni	—
13.	Mănușă siliconică**)		4 luni	—
14.	Guler siliconic**)		4 luni	—

*) Se recomandă pentru asiguratele care au suferit intervenții chirurgicale — cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare; se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

Medici curanți care fac recomandarea sunt medici de specialitate: oncologie medicală, chirurgie cu supraspecializare chirurgie oncologică.

**) Dispozitivele medicale se adresează pacienților care au suferit arsuri, cu cicatrici hipertrofice sau cheloide cu sau fără potențial retractil și se recomandă de către medicii cu specializare chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, medici cu specializare medicină fizică și de reabilitare.

Dispozitivele medicale de la punctele 3—11 oferă o presiune corespunzătoare pacienților adulți sau copii, necesară managementului cicatriceal.

***) Se pot acorda două dispozitive de același tip (stânga/dreapta), în funcție de recomandarea medicului; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv dintre cele două (stânga/dreapta) sau bilateral este cel prevăzut în col. C4.”

17. După anexa nr. 38 se introduc două noi anexe, anexele nr. 38 A și 38 B, al căror cuprins este prevăzut în anexele nr. 1 și 2 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

18. În anexa nr. 39, la articolul 1, după alineatul (11) se introduce un nou alineat, alineatul (11¹), cu următorul cuprins:

„(11¹) Prescripția medicală pentru concentratorul de oxigen portabil prescrisă asiguraților fără indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar trebuie să fie însoțită de formularul prevăzut la anexa nr. 38 A, asumat prin semnătură și parafă de către medic, respectiv prin semnătură de către asigurat. Prescripția medicală pentru concentratorul de oxigen portabil prescrisă asiguraților cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar trebuie să fie însoțită de formularul prevăzut la anexa nr. 38 B, asumat prin semnătură și parafă de către medic, respectiv prin semnătură de către asigurat.

Durata prescripției pentru concentratorul de oxigen portabil este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat. Pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv durata prescripției este nelimitată. Medicul curant evaluează indicația de oxigen portabil la fiecare vizită. În cazul în care indicația dispăre datorită evoluției favorabile a bolii sub tratament sau datorită remisiunii unei exacerbări acute, acesta va întrerupe prescripția de oxigen portabil.”

19. În anexa nr. 47, la punctul 11, subpunctul 11.9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„11.9. Pentru dispozitive medicale este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul se ridică de către beneficiar de la sediul lucrator/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat. În situația în care ridicarea dispozitivului de la sediul lucrator/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau primirea la domiciliu se face de către aparținătorul beneficiarului — membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care dispozitivul se eliberează prin poștă, curierat, prezentarea cardului nu este necesară; dovada primirii dispozitivului expediat de către furnizor prin poștă, curierat, se face de către beneficiar sau aparținătorul acestuia — membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal —, cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea.”

20. În anexa nr. 47, la punctul 11, după subpunctul 11.10 se introduce un nou subpunct, subpunctul 11.11, cu următorul cuprins:

„11.11. Pentru persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, serviciile medicale se acordă fără prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.”

Art. II. — (1) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) Prevederile de la art. I pct. 7 și 16 intră în vigoare începând cu data de 1 ianuarie 2024.

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Cristian-Georgică Celea

— MODEL —

Denumirea furnizorului

Medic

Specialitatea medicului prescriptor

Date de contact ale medicului prescriptor:

— telefon/fax medic prescriptor

(Se va completa inclusiv prefixul de țară.)

— e-mail medic prescriptor

Contract nr.

CAS

SET DE INDICAȚII PENTRU CONCENTRATORUL DE OXIGEN PORTABIL
Pacienți fără indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar

Numele și prenumele asiguratului

(Se vor completa în întregime numele și prenumele asiguratului.)

2. Data nașterii
3. Domiciliul
4. Codul numeric personal/Codul unic de asigurare al asiguratului
5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate

Criterii de acordare la inițierea prescripției:

- boală pulmonară de tip obstructiv (definită prin raport VEMS/CV < 70%) sau restrictiv (definită prin CPT < 70% din valoarea prezisă și/sau DLco < 60% din valoarea prezisă);
- dispnee semnificativă la efort (scor de minimum 2 pe scala MMRC) la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută;
- desaturare severă la efort — scăderea SpO₂, în cursul testului de mers 6 minute, sub 88% — la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută;
- decizia medicului că există un potențial beneficiu al administrării oxigenului portabil unui:
 - pacient activ (salariat sau elev/student cu frecvență); sau
 - pacient capabil și dispus să facă efort fizic în afara locuinței în majoritatea zilelor.

Criterii de acordare la următoarele prescripții:

- complianță măsurată pe aparat — durată de folosire medie de minimum o oră pe zi;
- criteriile de acordare la inițierea prescripției reînnoite anual.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat. Medicul curant evaluează indicația de oxigen portabil la fiecare vizită. În cazul în care indicația dispăre datorită evoluției favorabile a bolii sub tratament sau datorită remisiunii unei exacerbări acute, acesta va întrerupe prescripția de oxigen portabil.

Medicii curanți care fac recomandarea:

— medici de specialitate pneumologie sau pneumologie pediatrică care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Data emiterii prescripției

Semnătura și parafa medicului

.....

Sunt de acord să utilizez concentratorul de oxigen portabil pe toată perioada recomandată de către medic.

Semnătura asiguratului

.....

Formularul însoțește recomandarea pentru concentratorul de oxigen portabil prescrisă asiguraților fără indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar.

— MODEL —

Denumirea furnizorului

Medic

Specialitatea medicului prescriptor

Date de contact ale medicului prescriptor:

— telefon/fax medic prescriptor

(Se va completa inclusiv prefixul de țară.)

— e-mail medic prescriptor

Contract nr.

CAS

SET DE INDICAȚII PENTRU CONCENTRATORUL DE OXIGEN PORTABIL
Pacienți cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar

Numele și prenumele asiguratului

(Se vor completa în întregime numele și prenumele asiguratului.)

2. Data nașterii
3. Domiciliul
4. Codul numeric personal/Codul unic de asigurare al asiguratului
5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

Criterii de acordare la inițierea prescripției (în plus față de criteriile de acordare a concentratorului de oxigen staționar):

— dispnee semnificativă la efort (scor de minimum 2 pe scala MMRC) la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută;

— test de mers 6 minute efectuat cu titrare de oxigen (adică debit de oxigen crescând pentru a menține o SpO2 de minimum 88%) la distanță de minimum o lună de la un episod de exacerbare acută, pentru a certifica abilitatea și disponibilitatea pacientului de a efectua efort fizic în afara locuinței;

— decizia medicului că există un potențial beneficiu al administrării oxigenului portabil unui:

pacient activ (salariat sau elev/student cu frecvență); sau

pacient capabil și dispus să facă efort fizic în afara locuinței în majoritatea zilelor.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat. Medicul curant evaluează indicația de oxigen portabil la fiecare vizită. În cazul în care indicația dispăre datorită evoluției favorabile a bolii sub tratament sau datorită remisiunii unei exacerbări acute, acesta va întrerupe prescripția de oxigen portabil.

Medicii curanți care fac recomandarea:

— medici de specialitate pneumologie sau pneumologie pediatrică care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Data emiterii prescripției

Semnătura și parafa medicului,

.....

Sunt de acord să utilizez concentratorul de oxigen portabil pe toată perioada recomandată de către medic.

Semnătura asiguratului

.....

Formularul însoțește recomandarea pentru concentratorul de oxigen portabil prescrisă asiguraților cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată cu concentrator de oxigen staționar.