



SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI

DEPARTAMENTUL PENTRU RELAȚIA CU PARLAMENTUL



Nr. 3958, 3978, 3980, 3981, 3982,
3983, 3984, 3985, 3986, 3987, 3988, 3989,
3990, 3992, 3993, 3994, 3995, 3996, 3997,
4000 /2021

12. MAI. 2021



Către: Domnul Cristian BUICAN
Secretar al Camerei Deputaților

Ref. la: Răspunsuri la întrebările formulate de deputați

Stimate domnule secretar,

Vă transmitem, alăturat, răspunsurile instituțiilor vizate cu privire la unele întrebări formulate de deputați, potrivit tabelului anexat.

Cu deosebită considerație,

~~NINI SĂPUNABU~~

~~SECRETAR DE/STAT~~



- 993A -

ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Nr. VVV 4578/06.05.2021

Stimată doamnă deputat,

3988
07.05.2021

Referitor la întrebarea/interpelarea dvs. privind “Care sunt măsurile și programele concrete pentru creșterea natalității prin facilitarea accesului la serviciile de educație timpurie și la serviciile medicale de bază pentru femeile din mediul rural”, vă comunicăm următoarele:

Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România sunt reglementate în prezent, prin:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (Titlul VIII – Asigurările sociale de sănătate), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și actele normative subsecvente, respectiv:

- Hotărârea de Guvern nr.140/2018 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 pentru anii 2018 – 2019, cu modificările și completările ulterioare, (act normativ a cărui aplicabilitate a fost prelungită până la data de 30 iunie 2021) și

- Ordinul comun al ministrului sănătății și președintelui CNAS nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor H.G. nr.140/2018, cu modificările și completările ulterioare, (act normativ a cărui aplicabilitate a fost prelungită până la data de 30 iunie 2021).

Potrivit reglementărilor Legii nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

Pachetul de servicii de bază se acordă asiguraților, cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, potrivit disp art. 221 alin. (1) lit. c).

Contractul-cadru reglementează, în principal, condițiile acordării asistenței medicale cu privire la:

- a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și pachetul de servicii minimal;

- b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați, aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la art. 229 alin. (3) lit. a) și b).

Referitor la cele enunțate la întrebarea nr. 1 cu privire la facilitarea accesului la serviciile medicale de bază pentru femeile din mediul rural precum și măsuri care favorizează creșterea



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

natalității, precizăm că, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate se acordă o atenție deosebită femeii gravide.

În conformitate cu Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, femeile însărcinate beneficiază de asigurare fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, în condițiile art. 154 din Legea 227/2015 privind codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare. În situația în care acestea realizează veniturile prevăzute la art. 155 din legea 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru aceste venituri datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate conform reglementărilor specifice fiecărei categorii de venituri, (potrivit disp. art. 224 alin. (1) lit. g) și alin. (2) din Legea 95/2006 și art. 154 alin. (1) lit. g) și alin. (2) din Legea 227/2015.

Totodată, potrivit prevederilor art. 225 litera d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, între categoriile de persoane asigurate scutite de coplată sunt enumerate „toate femeile însărcinate și lăuzele, pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii, iar cele care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară, pentru toate serviciile medicale”.

În aplicarea Legii 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, actele normative subsecvente, respectiv H.G. nr.140/2018, cu modificările și completările ulterioare și Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare, reglementează conținutul pachetului de servicii medicale de bază acordate pe diferitele paliere de asistență medicală, precum și condițiile de acordare a serviciilor.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, pachetele de servicii medicale includ îngrijirea medicală pre-natală, intra-natală și post-natală și de asemenea spitalizarea, unde este necesar.

✓ La nivelul asistenței medicale primare:

Serviciile medicale decontate de Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate vizează supravegherea femeii însărcinate și a lehuzei la nivelul medicului de familie:

- luarea în evidență în primul trimestru - o consultație
- supravegherea lunară, din luna a treia până în luna a șaptea - o consultație pe lună
- supravegherea de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv - două consultații pe lună;
- urmărirea lehuzei la externarea din maternitate – o consultație la domiciliu;
- urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere – o consultație la cabinet.

În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, lues a femeii gravide.

În conformitate cu programul de monitorizare, medicul de familie recomandă investigații paraclinice și tratamente specifice sarcinii, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară care au încheiat contract cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați să înscrie la prima consultație pe listele proprii femeile însărcinate care nu sunt înscrise pe lista altui medic de familie, potrivit disp. Pct. 1.2.2.



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

litera B - pachetul de servicii de bază în asistența medicală primară din Anexa 1 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare]

✓ La nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice:

Conform lit. B - pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice din Anexa 1 la H.G. nr.140/2018, cu modificările și completările ulterioare, cuprinde printre altele și servicii de supraveghere a sarcinii și lehzuziei și servicii medicale în scop diagnostic – caz - aceste servicii medicale în scop diagnostic – caz sunt servicii de spitalizare de zi care se acordă în ambulatoriul de specialitate clinic, gravida putându-se prezenta fără bilet de trimitere, conform programării, la medicul de specialitate din ambulatoriul de obstetrică-ginecologie care oferă astfel de servicii asiguratelor.

Potrivit punctului 1.10 - servicii medicale în scop diagnostic - caz și condițiile de acordare, din Anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare, aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi, se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic, se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și cuprind:

1. Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1).

Servicii obligatorii: Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie, Hemoleucogramă completă, Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO, Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh, Uree serică, Acid uric seric, Creatinină serică, Glicemie, TGP, TGO, TSH, Examen complet de urină (sumar + sediment), VDRL sau RPR, Testare HIV la gravidă, Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C), Secrete vaginală, Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 – S37+6 zile), Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii.

2. Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1).

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, Hemoleucogramă complete, Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO, Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh, Uree serică, Acid uric seric, Creatinină serică, Glicemie, TGP, TGO, TSH, Examen complet de urină (sumar + sediment), VDRL sau RPR, Testare HIV la gravidă, Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (hepatită B și C), Secrete vaginală, Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 – S37+6 zile), Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii.

3. Screening prenatal (S11 - S19+6 zile) *2).

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrative a rezultatelor), Dublu test / triplu test, Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19+6 zile).



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

4. Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, Hemoleucogramă complete, Creatinina serică, Acid uric seric, TGP, TGO, Examen complet de urină (sumar + sediment), Dozare proteine urinare, Proteine totale serice, Ecografie obstetricală și ginecologică.

5. Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3).

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, Hemoleucogramă complete, Sodiu seric, Potasiu seric, Examen complet de urină (sumar + sediment), Uree serică, Acid uric seric, Creatinină serică, Ecografie obstetricală și ginecologică.

6. Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în trimestrul III) *3).

Servicii obligatorii: Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie, Cardiotocografie, Ecografie obstetricală și ginecologică

Serviciile de la pozițiile 1 și 2 se pot furniza numai în spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și în celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2 conform OMS nr. 1881/2006, cu modificările și completările ulterioare și care au contract de furnizare a acestor tipuri de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

Unitățile sanitare respective au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează consultația de specialitate și ecografia de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii, precum și laborator de analize medicale pentru efectuarea tuturor analizelor medicale prevăzute în cadrul pachetului.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă, la luarea în evidență a acesteia de către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

Consultația medicală de specialitate obstetrică – ginecologie cuprinde:

- anamneză;
- examenul clinic general;
- examen ginecologic și obstetrical complet;
- recomandarea efectuării investigațiilor paraclinice și interpretarea integrativă a rezultatelor acestora;
- evaluarea factorilor de risc medicali și/sau obstetricali și ierarhizarea cazului;
- recomandări privind supravegherea evoluției sarcinii;
- recomandări privind măsurile igienico-dietetice și profilactice și, după caz, terapeutice în cazul identificării unei patologii asociate sarcinii.

Acordarea pachetului de servicii medicale corespunzător pozițiilor 1 și 2 și rezultatele acestuia se consemnează complet și la zi în evidențele obligatorii ale furnizorului de servicii, precum și în scrisoarea medicală și Carnetul gravidei, documente care se înmânează acesteia sub semnătura de primire.

În situația în care serviciile medicale corespunzătoare pozițiilor 1 și 2 se acordă în perioada S11 - S19+6 zile, acestea pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale corespunzătoare poziției 3.

Serviciul de la poziția 3 este furnizat numai în spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și în celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 conform OMS nr. 1881/2006, cu modificările și completările ulterioare și care au contract de furnizare a acestui tip de serviciu cu casa de asigurări de sănătate.

Pachetul de servicii medicale corespunzător poziției 3 se furnizează numai de unitățile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică - ginecologie în cadrul căruia se efectuează ecografia pentru depistarea anomalii fetale S11 – S19+6 zile, cabinet de genetică medicală în cadrul căruia se acordă consultația de specialitate și sfatul genetic și laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului / triplului test, în funcție de vârsta gestațională.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă care se acordă în perioada S11 – S19+6 zile de sarcină.

Serviciile de la poz. 4-6 se furnizează numai în spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și în celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2 conform OMS nr. 1881/2006, cu modificările și completările ulterioare și care au contract de furnizare a acestor tipuri de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

Medicul de specialitate clinică obstetrică-ginecologie acordă servicii de supraveghere a sarcinii și lezuziei în ambulatoriu, câte o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere. Precizăm că serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

În cazul în care medicul de familie consideră (în urma unei consultații) a fi necesară consultația la nivelul medicului de specialitate obstetrică-ginecologie în plus față de cele specificate anterior, poate elibera bilet de trimitere către specialitatea obstetrică-ginecologie.

În cazul „riscului obstetrical crescut” prezentarea se face direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere. Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în atitudinea terapeutică.

✓ La nivelul asistenței medicale paraclinice de specialitate:

În sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, se regăsește în Anexa 1, Cap.II, litera E din H.G. nr. 140/2018, cu modificările și completările ulterioare, fiind dezvoltat în Anexa 17 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare, gravidele putând efectua în plus față de investigațiile la care au dreptul persoanele asigurate, următoarele analize de laborator, decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate:

- Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO - poate fi recomandată atât de medicul de familie cât și de medicul de specialitate din ambulatoriul clinic,
- Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh - poate fi recomandată atât de medicul de familie cât și de medicul de specialitate din ambulatoriul clinic,
- Anticorpi specifici anti Rh la gravidă - recomandarea poate fi făcută de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic,



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

- Anti-HAV IgM - recomandarea poate fi făcută de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic precum și de medicul de familie numai pentru gravide și contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate,

- Testare HIV la gravidă - poate fi recomandată atât de medicul de familie cât și de medicul de specialitate din ambulatoriul clinic.

Menționăm că investigațiile paraclinice: Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau, Examine din secreții vaginale – examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană, respectiv examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică, (investigații ce pot fi recomandate inclusiv de medicul de familie), antibiogramă, antifungigramă fac parte din pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, putând fi recomandate gravidei, ca și oricărei alte persoane asigurate.

✓ La nivelul asistenței medicale spitalicești:

Cele 6 tipuri de servicii medicale în scop diagnostic – caz menționate la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice se regăsesc și în pachetul de bază pentru asistența medicală spitalicească în lista B.4.2 - Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează și în ambulatoriul de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii.

Menționăm că pachetul de bază pentru asistența medicală spitalicească include îngrijirea pre-natală, intra-natală și post-natală, unde este necesar.

Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi (lista B.1 din Anexa 22 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare) cuprinde inclusiv Edemul gestațional, Hiperemeza gravidică ușoară, Infecțiile vezicii urinare în sarcină, Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare, în timp ce Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi (lista B.3.2 din Anexa 22 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare) cuprinde inclusiv Amniocenteza, Biopsia de vilozități coriale, Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (rubeolă, toxoplasmoză, CMV, hepatită B și C) și Cordonocenteza.

Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuate numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți - la recomandarea medicului genetician sau risc de aneuploidii mai mare de 1/250 în urma screening-ului genetic prenatal: test combinat (markeri ecografici și dublu test sau triplu test); în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate.

Cordonocenteza se decontează la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu indicație în scop diagnostic sau terapeutic; în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate.



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Testarea genetică a probelor prelevate prin biopsie de vilozități coriale, amniocenteză sau cordonocenteză se realizează prin una din următoarele tehnici: citogenetică, FISH, MLPA, QF-PCR.

În lista B.4.1 - Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii, se regăsește Monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburări de coagulare / trombofilii ereditare și dobândite, serviciu care cuprinde:

- Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie, Antitrombină III, Proteină C, Proteină S, Dozarea hemocisteinei serice, Control hemocisteină serică, Factor V Leyden, Anticoagulant lupic screening, Anticoagulant lupic confirmare, Ecografie obstetricală și ginecologică

Acest serviciu se furnizează numai în spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și în celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 conform OMS nr. 1881/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Serviciul se acordă în trimestrul I sau II de sarcină, la gravidele cu cel puțin unul din următorii factori de risc vascular și obstetrical:

- antecedente personale de boală tromboembolică;
- istoric familial (rude de gradul I cu boala tromboembolică sau antecedente heredocolaterale pozitive de trombofilie);
- avorturi recurente de prim trimestru, de cauză necunoscută;
- sarcini oprite în evoluție;
- naștere prematură;
- hipertensiune arterială indusă de sarcină;
- dezlipire de placentă normal inserată;
- insuficiență placentară.

Precizăm că serviciile medicale acordate asiguraților în regim de spitalizare de zi pot fi acordate și în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicații sau comorbidități cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleției volemice, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.

Menționăm că pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare, gravida se poate adresa în vederea programării, oricărui furnizor de servicii medicale spitalicești de pe teritoriul României care este în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, pentru tipurile de servicii de care gravida are nevoie. Serviciile medicale spitalicești se acordă gravidei pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie sau de medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii cu excepția situațiilor în care se prezintă fără bilet de internare, situații ce se regăsesc la art. 89 alin.(2) din Anexa 2 la H.G. nr.140/2018, cu modificările și completările ulterioare (ex: situații de urgență medico-chirurgicală, cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, pacienții care au scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pentru internare).



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

Serviciile medicale spitalicești în cazul nașterii se acordă fără bilet de internare, indiferent de statutul de asigurat al pacientei și se suportă din FNUASS.

Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, în ceea ce privește investigațiile paraclinice.

În plus, pentru întreruperea de sarcină cu recomandare medicală, sunt prevăzute:

- în Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi (B2) din Anexa 22, pct. 36 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare:

➤ dilatarea și chiuretajul după avort sau întrerupere de sarcină.

- în Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical și pentru care în vederea decontării se închide fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical - (B.3.2) din Anexa 22, pct. 2 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare:

➤ întrerupere de sarcină cu recomandare medicală (valabil pentru sarcini de până la 12 săptămâni de amenoree).

Pentru a beneficia de servicii medicale decontate din Fond, este necesar ca gravida să se adreseze furnizorilor de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și să urmeze parcursul reglementat prin actele normative anterior menționate.

Totodată, menționăm că în situația în care un asigurat se adresează unui furnizor de servicii medicale care nu este în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate, acesta suportă contravaloarea serviciilor medicale de care a beneficiat.

În plus față de cele de mai sus, precizăm că medicul care consultă gravida (medicul de familie, medicul de specialitate din ambulatoriul clinic sau din spital) stabilește în urma consultației necesitatea analizelor de laborator, a investigațiilor paraclinice sau altor servicii necesare, în mod individual și ca urmare a actului medical propriu.

Menționăm că tipurile de servicii mai sus prezentate se acordă gravidelor indiferent de mediul rezidenței, fie urban, fie rural.

În cadrul asistenței medicale primare consultațiile preventive acordate copiilor la vârsta de 10 ani, 11 ani, 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani și 17 ani cuprind și consiliere pentru planificare familială (adolescenți care au început viața sexuală).

În cadrul consultațiilor preventive acordate de medicul de familie femeilor cu vârsta 18 - 39 ani se realizează consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă, consiliere pentru aport acid folie pentru femeile care planifică o sarcină, consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat).

De asemenea, se urmărește identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii, având ca obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);
- planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET SECRETAR DE STAT

- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt (potrivit dispozițiilor lit.f) și e) Anexa 2 B la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare)

Totodată, în pachetul de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice sunt cuprinse consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială în cadrul cărora se face: consilierea femeii privind planificarea familială, indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc, evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar, tratamentul complicațiilor.

Facem precizarea că serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu (potrivit dispozițiilor punctului 1.5. litera B din Anexa 1 la H.G. nr.140/2018, cu modificările și completările ulterioare, respectiv punctul 1.5. litera B din Anexa 7 la Ordinul nr. 397/836/2018, cu modificările și completările ulterioare).

Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate au în vedere creșterea acoperirii cu servicii medicale oferite populației din mediul rural și a celei din grupuri defavorizate prin actele normative viitoare, astfel încât persoanele asigurate și neasigurate să beneficieze atât de consultații de planificare familială la nivelul medicului de familie în conformitate cu pachetul de bază respectiv pachetul minimal de servicii medicale cât și de servicii preventive care să permită intervenții precoce de identificare a riscurilor asociate morbidităților specifice sferei reproductive.

Cu deosebită considerație,

SECRETAR DE STAT
DR. VASS LEVENTE



Camera Deputaților
Doamnei deputat Alexandra Huțu