

Nr. ....../.....2022

Nr. ....../.....2022

**ORDIN**

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia

Având în vedere Referatul de aprobare nr. ....din .....2022 al Ministerului Sănătății și nr. DG ..... din .....2022 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și 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;
- Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, 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;
- art. 17 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

**Art. I.** Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

**1. În Anexa nr. 1, litera A, se modifică și va avea următorul cuprins:**

**„A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ**

**1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:**

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;

- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

#### 1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu. Serviciile se acordă atât pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, care cuprinde următoarele activități:

- a. anamneză, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. manevre de mică chirurgie, după caz;
- d. stabilirea conduitei terapeutice și/sau recomandări igieno-dietetice, precum și instruirea neasiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

1.1.2.1. Consultațiile sunt acordate la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecțiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/neasigurat se decontează maxim două consultații.

NOTĂ: În cazul în care medicul de familie apreciază necesar a recomanda investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare, a recomanda neasiguratului consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale neasiguratului, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile acute. Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.

Consultațiile cuprind, după caz, activitățile prevăzute la pct. 1.1.2.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/neasigurat se decontează o consultație pe lună.

NOTĂ: În cazul în care medicul de familie apreciază necesar a recomanda investigații paraclinice în vederea supravegherii evoluției bolii și pentru monitorizare, a recomanda neasiguratului consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, medicul de familie **nu** va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale neasiguratului, medicul de familie **nu** va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC și boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament și o nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinina serică, microalbuminurie, EKG;

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; tratament/ajustarea medicației, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinina serică, microalbuminurie, raport albumină/creatinină urinară, în funcție de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice și educație pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat  $< 1\%$  pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienți tineri (DZ de tip 1  $< 35$  de ani; DZ de tip 2  $< 50$  de ani) cu o durată a DZ de  $< 10$  ani, fără alți factori de risc; Risc SCORE calculat  $\geq 1\%$  și  $< 5\%$  pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

- Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TC  $> 310$  mg/dL, LDL-C  $> 190$  mg/dL sau TA  $\geq 180/110$  mmHg;

- Pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc;

- Pacienți cu DZ fără afectare de organ țintă, cu o durată a DZ  $\geq 10$  ani sau alt factor de risc adițional;

- BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);

- Risc SCORE calculat  $5\%$  și  $< 10\%$  pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral și AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele

modificări care sunt predictorii de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;

- DZ cu afectare de organ țintă sau cel puțin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce și durată lungă (> 20 de ani);

- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>);

- Risc SCORE calculat  $\geq 10\%$  pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulții asimptomatici de peste 40 de ani fără evidențe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpate pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; trimitere pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronșic - ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al astmului bronșic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână

2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână

3. prezența simptomelor nocturne

4. limitarea activității datorată astmului

Astm bronșic controlat: Nici un criteriu

Astm bronșic parțial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronșic necontrolat: 3 - 4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcției pulmonare și efecte adverse medicamentoase.

a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală și antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și riscului de exacerbări (clasele de risc ABCD GOLD)

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea compliancei la tratament și ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronșic - ținta terapeutică - controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpăre pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

Educația pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea compliancei la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la compliancea la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

#### 1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice și întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale și al co-morbidităților relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară ecografie de organ - renală;

Inițierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG și al dislipidemie, după caz; educația pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență: bilanțul periodic, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG); revizuirea medicației (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, albumină/creatinină urinară, bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate nefrologie va fi ghidată de: definiția și clasificarea BCR - anomalii ale structurii sau funcției rinichilor, prezente timp de > 3 luni, cu implicații asupra sănătății. Riscul de evoluție nefavorabilă este evaluat în funcție de doi parametri: rata de filtrare glomerulară estimată - eRFG și raportul albumină/creatinină urinară.

Nivelul de risc în BCR: GFR (G1 - G5), exprimată în ml/min per 1.73 m<sup>2</sup>

G1 - normal sau clearance creatinină  $\geq 90$

G2 - ușor scăzut: clearance creatinină 60 – 89

G3a - ușor până la moderat scăzut: clearance creatinină 45 - 59

G3b - moderat până la sever scăzut: clearance creatinină 30 - 44

G4 - sever scăzut: clearance creatinină 15 - 29

G5 - Insuficiență renală: clearance creatinină < 15

Albuminuria (A1 - A3), evaluată în funcție de raportul albumină/creatinină, în mg/g

A1 - absentă sau ușor crescută - < 30 mg/g

A2 - microalbuminurie - 30 - 300 mg/g

A3 - macroalbuminurie - > 300 mg/g

Biletul de trimitere pentru consultație de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt - G3bA1, G3bA2, oricare G și A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 și G4 sau G5,

indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză non-urolologică, hipertensiune arterială necontrolată.

## 1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive - sunt consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

- a. creșterea și dezvoltarea;
- b. starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.

1.2.1.1. Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

### NOTA 2

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a. Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Sideremie

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicii de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani și 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

- a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultație/lună. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultații/lună;
- d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultație;
- e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu; se decontează o consultație.

1.2.2.1. 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, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

NOTA 2: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată la 3 ani calendaristici pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultații/persoană neasigurată, în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.3.2 și se decontează maxim două consultații/asigurat, anual. Cea de-a doua consultație, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultație.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, 1 - 3 consultații/persoană neasigurată/pachet prevenție ce se acordă anual. Pachetul de prevenție cuprinde maxim 3 consultații: consultație de evaluare inițială, consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile și consultație pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenție se acordă anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTA: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

- a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani
  - Hemoleucogramă completă



- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică
- TGO
- TGP
- gamaGT

**b.** pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină

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

**c.** pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- gamaGT

• senologie mamara, examen Babes-Papanicolau la 2 ani, TSH și FT4 la femei

**d.** Pentru asigurații adulți asimptomatici, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) și a HBA1c.

**e.** pentru pacienții prevăzuți la Nota 3:

- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinină serică
- Acid uric seric
- Microalbuminuria
- TTGO

• HBA1c (se recomandă în cadrul PNS 5, în baza unui formular de bilet de trimitere distinct de biletul de trimitere pentru prevenție, pe care se bifează cu x căsuța P)

NOTA 3. Pentru pacienții prevăzuți la lit. d. de la Nota 1, care îndeplinesc cel puțin una din următoarele condiții:

- a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) și/sau
- b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) și/sau
- c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%

Medicul de familie va include pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat (PNS 5) și va iniția tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secțiunea C2, PNS 5 - Programul național de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultațiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este  $\geq 6,5\%$ , medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 423/2020.

NOTA: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultației la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.2.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) și b); se acordă maximum două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

### **1.3. Consultațiile la domiciliu**

1.3.1. Se acordă persoanelor neasigurate de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

1.3.2. Consultațiile la domiciliu se acordă persoanelor neasigurate nedeplasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru o persoană neasigurată înscrisă pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cronice, maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/persoană neasigurată și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.5. Consultațiile acordate la domiciliul persoanelor maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane înscrise dar nu mai mult de trei consultații pe zi.

NOTA: Consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele și prenumele, semnătura persoanei neasigurate sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

**1.4. Serviciile diagnostice și terapeutice** - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv persoanei neasigurate de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, după caz.

Medicii de familie efectuează și/sau interpretează serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală și în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele neasigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice și terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional

la contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire serviciu
1.	Spirometrie*3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț*3)
4.	Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei*3)
5.	Tușeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extracție corp străin din fosele nazale*2), *4)
8.	Extracție corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)
12.	Imobilizare entorsă*2), *4)
13.	Tratamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscențe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fără naștere*2), *4)
15.	Naștere inopinată*2), *4)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4)

\*1) Serviciile includ tratamentul și supravegherea până la vindecare.

\*2) Serviciile se pot acorda și în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

\*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

\*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

NOTA: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent decontării pachetului minimal în asistența medicală primară, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare și consumabilele specifice.

**1.5.** Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;

eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, conform Ordinului ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultație - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate și în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

## 1.6. Serviciile de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 6/2018 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5.

**2. În Anexa nr. 2, articolului 1 alineatul (2), tabelul care cuprinde pachetul minimal de la litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

3. A. PACHET MINIMAL		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate persoanelor cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație,
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte/consultație,
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultație/an/persoană	5,5 puncte/consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
3. Evaluarea, intervenția și monitorizarea adultului asimptomatic		
a) <b>persoane</b> cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consultații/persoană, o dată la 3 ani calendaristici pe an pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație;
b) <b>persoane</b> cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1 - 2 consultații/ asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
c) <b>persoane</b> cu vârsta > 40 ani	1 - 3 consultații/persoană / pachet prevenție anual; consultațiile pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive;	Până la 21 puncte /pachet de prevenție; intervalul de 6 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul pachetului; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată

c.1) consultație evaluare inițială	1 consultație/pachet prevenție	5,5 puncte/consultație
c.2) consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile	1 consultație /pachet prevenție	5,5 puncte/ședință
c.3) consultație pentru monitorizare/control	1 consultație /pachet prevenție	10 puncte/consultație
3. Servicii medicale curative		
a) Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	2 consultații/persoană/episod	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
a1) Consultațiile pentru bolile cu potențial endemioepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță	2 consultații/persoană/episod	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Consultații periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice – la cabinet	1 consultație/persoană/lună	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b1) Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță	1 consultație/ persoană/lună	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea inițială a cazului nou		
c.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
c.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
c.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/persoană - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) și c.1.3)

c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul monitorizării managementului de caz	6 puncte/consultație în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 90 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
4. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială	2 consultații/persoană/an	5,5 puncte/consultație/persoană
5. Urgență pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical	O consultație/persoană/situație de urgență	5,5 puncte/consultație/persoană/situație
6. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultație
7. Servicii la domiciliu:		
a) Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	1 consultație/ persoană/lună	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru persoanele nedepasabile înscrise pe lista proprie		
d.1) evaluarea inițială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;

d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) și d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul monitorizării managementului de caz	16 puncte/consultație în cadrul monitorizării-management de caz; - Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 90 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3).
8. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de către medicul pneumolog	40 de puncte/ lună / persoană cu condiția realizării schemei complete de tratament
9. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar	15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea
10. Servicii medicale diagnostice și terapeutice:	Tariful include materialele sanitare și consumabilele	

	specifice. Se decontează potrivit art. 15 alin. (2).	
a) Spirometrie		10 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		20 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braț		10 puncte/serviciu
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei		10 puncte/serviciu
e) Tușeu rectal		10 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		15 puncte/serviciu
g) Extracție corp străin din fosele nazale		15 puncte/serviciu
h) Extracție corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen		15 puncte/serviciu
i) Administrare medicație aerosoli (nu include medicația)		7 puncte/ședință
j) Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie		20 puncte/serviciu
k) Sondaj vezical		20 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsă		15 puncte/serviciu
m) Tratamentul chirurgical al panarițului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)		20 puncte/serviciu
n) Supraveghere travaliu fără naștere		100 puncte/serviciu
o) Naștere inopinată		200 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		10 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		10 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, perfuzii intravenoase (nu include medicația)		10 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire		10 puncte/serviciu
ș) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor		10 puncte/serviciu

### 3. În Anexa nr. 2, articolului 2, se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 2

Lunar, odată cu raportarea activității lunii anterioare realizate pentru asigurați, furnizorii raportează distinct serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, cuprinse la litera A din anexa nr. 1 la ordin, pentru care țin evidențe distincte.”

### 4. În Anexa nr. 2, alineatele (7) și (8) ale articolului 3, se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ (7) Pentru situațiile în care, pentru perioada de vacanță, medicul de familie nu încheie convenție de înlocuire sau de reciprocitate în lipsa unui medic care să poată prelua activitatea, acesta are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

- a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- b) consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice;
- c) consultații pentru afecțiuni cronice.



Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleași condiții ca și pentru persoanele de pe lista proprie.

(8) Pentru situațiile prevăzute la alin. (7) medicul are obligația să afișeze la cabinet, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta și datele de contact ale acestora.”

**5. În Anexa nr. 2, alineatul (3) al articolului 8, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical stabilită la alin. (2).”

**6. În Anexa nr. 2, articolul 9, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„ART. 9

(1) Suma convenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată asiguraților se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma convenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată persoanelor neasigurate se calculează înmulțirii numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.”

**7. În Anexa nr. 2, articolul 11, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„ART. 11

Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate în format electronic, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, evidențiată distinct pentru asigurați, respectiv persoanele neasigurate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor convenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.”

**8. În Anexa nr. 2, articolul 12, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„ART. 12

(1) Persoanele asigurate și neasigurate înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele asigurate și neasigurate care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/înscirerea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate (pentru persoanele asigurate). Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

(2) Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă, e-mail, fax, prin persoana care se transferă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă, e-mail, fax/prin persoană, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare.

Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.”

**9. În Anexa nr. 2 B, ultimul paragraf al literei d de la litera A, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. a) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.”

**10. În Anexa nr. 2 B, ultimul paragraf al literei e de la litera A, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. b) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. b) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.”

**11. În Anexa nr. 2 B, ultimul paragraf al literei f de la litera A, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. c) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.”

**12. În Anexa nr. 2 B, primul paragraf al literei B1, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„În cadrul consultațiilor preventive adulții asimptomatici, beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, lit. a), b) și d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a), b) și e) – pentru pacienții prevăzuți la Nota 3, și nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fără tratament și LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomandă consult de specialitate.”

**13. În Anexa nr. 2 B, primul paragraf al literei B2, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„În cadrul consultațiilor preventive adulții asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, lit. c) și d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B nota 1 lit. c) și e) – pentru pacienții prevăzuți la Nota 3, și nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.”

**14. În Anexa nr. 2 B, nota de la litera e a literei B2, se modifică și va avea următorul cuprins:**

„NOTĂ: în cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, acordate persoanelor asigurate, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.”

**15. În Anexa nr. 7, la lit. B, punctul 1, tabelul de la subpunctul 1.10 se modifică și va avea următorul cuprins:**

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Durata serviciului	Tarif/ serviciu
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)	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) Secreție 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	30 minute	732,96 lei
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	Consultație 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	30 minute	450,23 lei

		<p>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)  Secretie vaginala  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</p>		
3.	Screening prenatal (S11 - S19+6 zile) *2)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrativă a rezultatelor)  Dublu test / triplu test  Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19+6 zile)</p>	45 minute	639,77 lei
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie  Hemoleucogramă completă  Creatinina serică  Acid uric seric  TGP  TGO  Examen complet de urină (sumar + sediment)  Dozare proteine urinare  Proteine totale serice  Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	30 minute	163,69 lei
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie  Hemoleucogramă completă  Sodiu seric  Potasiu seric  Examen complet de urină (sumar + sediment)  Uree serică  Acid uric seric  Creatinină serică  Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	30 minute	165,73 lei
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în trimestrul III) *3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie  Cardiotocografie  Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	30 minute	164,58 lei

7.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sanului *4)	Consultatie chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie*10) Comunicare rezultat	30 minute	118,22 lei
8.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sanului cu suspiciune identificată mamografic *5)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie*10) Ecografie san*10) Comunicare rezultat	30 minute	210,94 lei
9.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in funcție de rezultate	30 minute	198,47 lei
10.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in funcție de rezultate	30 minute	244,83 lei
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie*8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	45 minute	251,50 lei
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin*9) - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece) examen histopatologic (1-3 blocuri)	45 minute	453,52 lei

”

**16. Anexa nr. 22 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.**

**17. Anexa nr. 23C se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.**

## **ART. II**

Termenul de aplicare a prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

pentru anii 2021 - 2022, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se prelungește până la data de 31 martie 2023.

### **ART. III**

Începând cu data de 1 a lunii următoare celei în care intră în vigoare Legea bugetului de stat pentru anul 2023, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat, beneficiază de pachetul minimal de servicii prevăzut la art. I, numai în condițiile prevăzute la art. IV, alin. (2) din Ordonanța Guvernului nr. 37/2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, precum și stabilirea unor alte măsuri în domeniul sănătății.

### **ART. IV**

Prezentul ordin intră în vigoare la 1 ianuarie 2023 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Ministrul sănătății,  
Prof. Univ. Dr. Alexandru RAFILA**

**p. Președintele Casei Naționale  
de Asigurări de Sănătate,  
Adela COJAN**

## CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

### CAPITOLUL I

#### Pachetul de servicii medicale de bază

**A.** Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare continuă:

1. Spitalizarea continuă are o durată de peste 12 ore.

2. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

a) naștere;

b) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;

c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;

d) bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani;

e) afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

3. Factorii de care trebuie să se țină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:

a) severitatea semnelor și simptomelor prezentate de pacient;

b) predictibilitatea medicală a unei evoluții negative, nedorite a pacientului;

c) nevoia pentru și disponibilitatea analizelor/investigațiilor diagnostice;

d) epuizarea resurselor diagnostice și terapeutice în celelalte domenii de asistență medicală.

4. Pacienții care prezintă un bilet de internare pentru spitalizare continuă vor putea fi programați pentru internare, în funcție de afecțiune și de gravitatea semnelor și simptomelor prezentate și de disponibilitatea serviciilor unității spitalicești solicitate.

5. Prevenirea spitalizărilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament și monitorizare, respectiv supraveghere corespunzătoare, în ambulatoriu și în spitalizarea de zi, după caz.

**B.** Servicii medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi:

1. Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi).

2. Criteriile de internare în spitalizare de zi sunt:

a) urgențe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în prezentele norme, doar în unitățile sanitare cu paturi care acordă și asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;

b) diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu.

**B.1. Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi și tarifele pe caz rezolvat medical corespunzătoare:**

Nr. Crt.	Cod diagnostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif pe caz rezolvat medical - lei-
1.	A04.9	Infecția intestinală bacteriană, nespecificată	352,87
2.	A08.4	Infecția intestinală virală, nespecificată	280,18
3.	A09	Diareea și gastro-enterita probabil infecțioase	296,01
4.	A49.9	Infecția bacteriană, nespecificată	352,87
5.	D17.1	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al trunchiului	261,78
6.	D50.0	Anemia prin carență de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	388,30
7.	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	616,61
8.	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	394,45
9.	E04.2	Gușa multinodulară netoxică	394,45
10.	E06.3	Tiroidita autoimună	367,39
11.	E10.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	351,32
12.	E10.71	Diabet mellitus tip 1 cu complicatii microvasculare multiple	439,15
13.	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	396,22
14.	E11.71	Diabet mellitus tip 2 cu complicatii microvasculare multiple	495,26
15.	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	354,43
16.	E13.65	Alte forme specificate de diabet mellitus cu control slab	495,26
17.	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	420,09
18.	E44.1	Malnutriția proteino-energetică ușoară	420,09
19.	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	353,72
20.	E78.2	Hiperlipidemie mixta	442,14



21.	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	381,18
22.	F41.2	Tulburare anxioasă și depresivă mixtă	344,84
23.	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	344,84
24.	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	264,23
25.	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	317,13
26.	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	373,66
27.	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	350,88
28.	I34.0	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	440,04
29.	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	464,39
30.	I35.1	Insuficiență (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	441,72
31.	I67.2	Ateroscleroza cerebrală	373,66
32.	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	373,66
33.	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulceratie sau inflamație	444,96
34.	J00	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (* pentru copii 0 - 5 ani)	193,73
35.	J02.9	Faringita acută, nespecificată (* pentru copii 0 - 5 ani)	189,65
36.	J03.9	Amigdalita acută, nespecificată	191,37
37.	J06.8	Alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	199,01
38.	J06.9	Infecții acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	189,57
39.	J12.9	Pneumonia virală, nespecificată	432,04
40.	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	462,04
41.	J18.1	Pneumonia lobară, nespecificată	466,64
42.	J18.8	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	435,76
43.	J18.9	Pneumonie, nespecificată	484,15

44.	J20.9	Bronșita acută, nespecificată	195,25
45.	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	435,48
46.	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	429,53
47.	J44.9	Boala pulmonară obstructivă cronică, nespecificată	417,69
48.	J45.0	Astmul cu predominanță alergică	205,49
49.	J47	Bronșiectazia	411,57
50.	J84.8	Alte boli pulmonare interstițiale specificate	440,52
51.	J84.9	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	442,44
52.	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	355,99
53.	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	266,58
54.	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	232,75
55.	K29.1	Alte gastrite acute	361,14
56.	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	363,27
57.	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificată	250,63
58.	K30	Dispepsia	208,76
59.	K52.9	Gastroenterita și colita neinfecțioase, nespecificate	279,34
60.	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	373,74
61.	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	359,15
62.	K70.1	Hepatita alcoolică	314,61
63.	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	470,03
64.	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	550,48
65.	K76.0	Degenerescenta grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	460,24
66.	K81.1	Colecistita cronică	393,06
67.	K81.8	Alte colecistite	337,15

68.	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	305,01
69.	K86.9	Boala pancreasului nespecificată	289,75
70.	K91.1	Sindroame după chirurgia gastrică	331,00
71.	L40.0	Psoriazis vulgaris	366,35
72.	L50.0	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	236,99
73.	L60.0	Unghia încarnată	344,59
74.	M16.9	Coxartroza, nespecificată	228,08
75.	M17.9	Gonartroza, nespecificată	234,64
76.	M51.2	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	363,15
77.	M54.4	Lumbago cu sciatică-	402,50
78.	M54.5	Dorsalgie joasă-	438,32
79.	N30.0	Cistita acută	256,59
80.	N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	246,99
81.	N47	Hipertrofia prepuțului, fimoza, parafimoza	265,67
82.	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	160,35
83.	N92.0	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclul menstrual regulat	385,07
84.	N92.1	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclul menstrual neregulat	270,34
85.	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	374,67
86.	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	451,84
87.	N95.0	Sângerări postmenopauză	360,87
88.	O02.1	Avort fals	113,32
89.	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	114,56
90.	O12.0	Edem gestațional	230,24
91.	O21.0	Hiperemeza gravidică ușoară	145,87

92.	O23.1	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	147,75
93.	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	538,73
94.	R10.4	Altă durere abdominală și nespecificată	155,78
95.	R59.0	Ganglioni limfatici măriți localizați	594,54
96.	S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	285,90
97.	S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	284,81
98.	Z46.6	Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare	147,75
99.	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată	383,83
100.	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	383,83
101.	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	317,13
102.	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	317,13
103.	I80.3	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	444,96
104.	R60.0	Edem localizat	230,24
105.	I83.0	Vene varicoase cu ulcerare ale extremităților inferioare	444,96
106.	I87.2	Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)	444,96
107.	A69.2	Boala Lyme (*diagnostic și tratament)	725,57

\*) această specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifică faptul că respectivul tip de caz poate fi rezolvat în spitalizare de zi cu condiția îndeplinirii criteriului din paranteză.

## **B.2. Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi și tarifele pe caz rezolvat corespunzătoare:**

<b>Nrt. Crt.</b>	<b>Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală</b>	<b>Cod Procedură</b>	<b>Denumire procedură chirurgicală</b>	<b>Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală -lei-</b>
1	Miringotomia cu inserția de tub	D01003	Miringotomia cu inserție de tub, unilateral	328,21

2	Miringotomia cu inserția de tub	D01004	Miringotomia cu inserție de tub, bilateral	328,21
3	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fără adenoidectomie	683,43
4	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	683,43
5	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramide nazale după un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicând corecția cartilajului	861,04
6	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramide nazale după un traumatism recent)	P07002	Rinoplastia implicând corectarea conturului osos	861,04
7	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07003	Rinoplastie totală	861,04
8	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07004	Rinoplastie folosind grefa cartilaginoasă septală sau nazală	861,04
9	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și mobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07005	Rinoplastie folosind grefă de os nazal	861,04
10	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07006	Rinoplastie cu grefă de os nazal și cartilaj septal/nazal	861,04
11	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07007	Rinoplastie folosind grefa de cartilaj de la zona donatoare de la distanță	861,04
12	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07008	Rinoplastia folosind grefa osoasă din zona donatoare de la distanță	861,04
13	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07009	Rinoplastia folosind os și cartilaj ca grefă de la zona donatoare de la distanță	861,04
14	Bronhmediastino - scopie	G02401	Bronhoscopia	729,81
15	Bronhmediastino - scopie	G02403	Fibrobronhoscopia	729,81
16	Biopsia pleurei	G03103	Biopsia pleurei	624,10
17	Biopsie ganglioni laterocervicali și supraclaviculari	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	482,45

18	Puncție biopsie transparietală cu ac pentru formațiuni tumorale pulmonare	G03102	Biopsia percutanată (cu ac) a plămânului	806,97
19	Implantare cateter pleural	G04103	Insertia catetetrului intercostal pentru drenaj	757,00
20	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	683,43
21	Extracția de corpi străini prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscopia cu extracția unui corp străin	609,85
22	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicând 1 sau 2 mușchi, un ochi	286,19
23	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului	286,19
24	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoză palpebrală	C08003	Corecția ectropionului sau entropionului prin strângerea sau scurtarea retractoarelor inferioare	286,19
25	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoză palpebrală	C08004	corecția ectropionului sau entropionului prin alte corecții ale retractoarelor inferioare	286,19
26	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoză palpebrală	C08005	corecția ectropion-ului sau entropion-ului prin tehnici de sutură	286,19
27	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoză palpebrală	C08006	corecția ectropion-ului sau entropion-ului cu rezecție largă	286,19
28	Extracția dentară chirurgicală	F00801	Extracție dentară sau a unor părți de dinte	328,21
29	Extracția dentară chirurgicală	F00802	Extracție dentară cu separare	328,21
30	Extracția dentară chirurgicală	F00901	Îndepărtare chirurgicală a unui dinte erupt	328,21
31	Extracția dentară chirurgicală	F00902	Îndepărtare chirurgicală a 2 sau mai mulți dinți erupti	328,21
32	Extracția dentară chirurgicală	F00903	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, fără îndepărtare de os sau separare	328,21
33	Extracția dentară chirurgicală	F00904	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, cu îndepărtare de os sau separare	328,21

34	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea și chiuretajul uterin [D&C]	452,89
35	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02602	Chiuretajul uterin fără dilatare	452,89
36	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea și curetajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	254,46
37	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavității uterine	254,46
38	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	452,89
39	Reparația cisto și rectocelului	M04402	Corecția chirurgicală a rectocelului	556,68
40	Reparația cisto și rectocelului	M04403	Corecția chirurgicală a cistocelului și rectocelului	556,68
41	Artroscopia genunchiului	O13205	Artroscopia genunchiului	509,42
42	Operația artroscopică a meniscului	O13404	Meniscectomie artroscopică a genunchiului	430,65
43	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18104	Îndepărtarea de broșă, șurub sau fir metalic, neclasificată în altă parte	570,67
44	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18106	Îndepărtarea de placă, tijă sau cui, neclasificată în altă parte	570,67
45	Reparația diformității piciorului	O20404	Corecția diformității osoase	1.647,65
46	Eliberarea tunelului carpian	A07402	Decompresia endoscopică a tunelului carpian	782,04
47	Eliberarea tunelului carpian	A07403	Decompresia tunelului carpian	782,04
48	Excizia chistului Baker	O13601	Excizia chistului Baker	791,55
49	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O07302	Fasciotomia subcutanată pentru maladia Dupuytren	782,04
50	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O08001	Fasciectomia palmară pentru contractura Dupuytren	782,04
51	Repararea ligamentului încrucișat	O15303	Reconstrucția artroscopică a ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	991,96

52	Repararea ligamentului încrucișat	O15304	Reconstrucția ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	991,96
53	Excizia locală a leziunilor sânului	Q00501	Excizia leziunilor sânului	479,27
54	Colecistectomia laparoscopică	J10102	Colecistectomia laparoscopică	1.218,04
55	Colecistectomia laparoscopică	J10104	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1.218,04
56	Colecistectomia laparoscopică	J10105	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia laparoscopică	1.218,04
57	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	731,73
58	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale	683,43
59	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicală a herniei inghinale bilaterale	683,43
60	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	430,65
61	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	556,68
62	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	430,65
63	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	430,65
64	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	556,68
65	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	556,68
66	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la bărbat	224,31
67	Terapia chirurgicală a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	224,31
68	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanțe sclerozante la nivelul venelor varicoase	937,26
69	Chirurgia varicelor	H12501	Înteruperea joncțiunii safenofemurală varicoasă	937,26
70	Chirurgia varicelor	H12502	Înteruperea joncțiunii safenopoplitee varicoasă	937,26



71	Chirurgia varicelor	H12503	Înteruperea joncțiunilor safeno-femurală și safeno-poplitee varicoase	937,26
72	Chirurgia varicelor	H12601	Înteruperea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	937,26
73	Chirurgia varicelor	H12602	Înteruperea subfascială a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	937,26
74	Debridarea nonexcizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02103	Debridarea nonexcizională a arsurii	188,27
75	Debridarea excizională a părților moi	O19301	Debridarea excizională a părților moi	753,08
76	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	753,08
77	Dilatarea și chiuretajul după avort sau pentru întrerupere de sarcină	M02801	Dilatarea și chiuretajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	254,46
78	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	1.118,96
79	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	706,47
80	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00701	Incizia și drenajul hematomului tegumentar și al țesutului subcutanat	602,02
81	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00702	Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale țesutului subcutanat	602,02
82	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00703	Alte incizii și drenaje ale tegumentelor și țesutului subcutanat	602,02
83	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	515,57
84	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat în alte zone	644,17
85	Chiuretaj cu biopsia de endometru	M02501	Biopsia de endometru	515,57
86	Chiuretaj cu biopsia de col uterin	M03701	Biopsia de col uterin	515,57

87	Îndepărtarea corpurilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	P00601	Îndepărtarea corpurilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	526,29
88	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unică	316,44
89	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat, implicând țesuturile mai profunde	P02902	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat în alte zone implicând și țesuturile profunde	644,17
90	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	417,37
91	Rezeecția parțială a unghiei încarnate	P02504	Rezeecția parțială a unghiei încarnate	328,21
92	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	O18108	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	440,40
93	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1.218,04
94	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15902	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului inferior	328,21
95	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului superior	328,21
96	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia peniană	624,10
97	Terapia chirurgicală a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	937,26
98	Orhidectomia unilaterală (excizia testicolului)	L02501	Orhidectomia unilaterală	556,68
99	Orhidectomia bilaterală (excizia testiculelor)	L02502	Orhidectomia bilaterală	556,68
100	Excizia spermatoceleului, unilateral	L02303	Excizia spermatoceleului, unilateral	556,68
101	Excizia spermatoceleului, bilateral	L02304	Excizia spermatoceleului, bilateral	556,68
102	Terapia chirurgicală a hidrocelului	L02301	Excizia hidrocelului	556,68
103	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	624,10
104	Rezeecția endoscopică a leziunii prostatice	L00302	Rezeecția endoscopică a leziunii prostatice	556,68

105	Rezecția endoscopică transuretrală a prostatei	L00601	Rezecția transuretrală a prostatei	861,04
106	Uretrotomia optică internă pentru stricturi uretrale	K07505	Uretrotomia optică	556,68
107	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	K07602	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	556,68
108	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	K06801	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	556,68
109	Rezecția endoscopică vezicală	K06001	Rezecția endoscopică de leziune sau țesut vezical	556,68
110	Extragerea endoscopică a litiazei vezicale	K05604	Litolapaxia vezicii urinare	556,68
111	Cistostomia percutanată cu inserția percutanată a cateterului suprapubic	K05303	Cistotomia percutanată (cistostomia)	301,02
112	Cistoscoopia	K04901	Cistoscoopia	344,80
113	Rezecția endoscopică a ureterocelului	K03801	Rezecția endoscopică a ureterocelului	556,68
114	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01201	Excizia tumorii limbus-ului	286,19
115	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01202	Excizia tumorii limbus-ului cu keratectomie	286,19
116	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C02201	Excizia pingueculei	286,19
117	Repoziționarea cristalinului subluxat	C04401	Repoziționarea cristalinului artificial	286,19
118	Dacriocistorinostomia	C08802	Dacriocistorinostomia	683,43
119	Dacriocistorinostomia	C09001	Procedee închise de restabilire a permeabilității sistemului canalicular lacrimal, un ochi	683,43
120	Septoplastia	E01003	Septoplastia cu rezecția submucoasă a septului nazal	861,04
121	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01601	Extragere intranazală de polip din antrum-ul maxilar	861,04
122	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01602	Extragerea intranazală de polip din sinusul frontal	861,04
123	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01603	Extragere intranazală de polip din sinusul etmoidal	861,04

124	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01604	Extragere intranazală de polip din sinusul sfenoidal	861,04
125	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E00801	Extragerea de polip nazal	861,04
126	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01805	Antrostomia maxilară intranazală, unilateral	683,43
127	Parotidectomia	E02805	Excizia parțială a glandei parotide	683,43
128	Chirurgia ronhopatiei cronice	E03601	Uvulopalatofaringoplastia	579,50
129	Timpanoplastia tip I	D01401	Miringoplastia, abord transcanalar	861,04
130	Timpanoplastia tip I	D01402	Miringoplastia, abord postauricular sau endauricular	861,04
131	Cura chirurgicală a tumorilor benigne ale laringelui	G00402	Microlaringoscopia cu extirparea laser a leziunii	861,04
132	Terapia chirurgicală a apendicitei cronice	J07002	Apendicectomia laparoscopică	861,04
133	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08101	Excizia fistulei anale implicând jumătatea inferioară a sfincterului anal	579,50
134	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08102	Excizia fistulei anale implicând jumătatea superioară a sfincterului anal	579,50
135	Terapia chirurgicală a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	J12401	Biopsia peretelui abdominal sau a ombilicului	347,70
136	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical	J12507	Excizia granulomului ombilical	347,70
137	Hernia ombilicală	J12801	Cura chirurgicală a herniei ombilicale	683,43
138	Hernia epigastrică	J12802	Cura chirurgicală a herniei epigastrice	683,43
139	Eventrație postoperatorie	J12903	Cura chirurgicală a eventrației postoperatorii cu proteză	683,43

**NOTĂ:**

Pozițiile 5 - 13 din tabelul de mai sus se referă la cura chirurgicală a fracturilor de piramidă nazală după un traumatism recent; nu sunt incluse corecțiile estetice.

**B.3. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și tarifele corespunzătoare:**

**B.3.1. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi) și pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită (zi).**

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical - lei-
1	Chimioterapie*) cu monitorizare	324,52 lei/ ședință
2	Litotriție	405,65 lei/ ședință
3	Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	198,19 lei/administrare
4	Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	128,65 lei/administrare
5	Strabism la copii - reeducare ortoptică	57,95 lei/ ședință
6	Supleere a funcției intestinale la bolnavii cu insuficiență intestinală cronică care necesită nutriție parenterală pentru o perioadă mai mare de 3 luni de zile	1.408,19 lei/administrare zilnică

**B.3.2. 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.**

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical
1	Implant de cristalin**)	1.216,95 lei/asigurat/un serviciu pentru fiecare ochi, maxim 2 servicii pe CNP
2	Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală *) valabil pentru sarcini de până la 12 săptămâni de amenoree	315,71 lei/asigurat/serviciu
3	Amniocenteză***)	1.043,1 lei/asigurat/serviciu
4	Biopsie de vilozități coriale***)	1.043,1 lei/asigurat /serviciu
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	231,8 lei/lună/asigurat
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro - imunologic*)	521,55 lei/lună/asigurat

7	Monitorizarea bolilor neurologice (epilepsie și tulburări de somn, boala Parkinson și alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis și sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multiplă, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale și artere subclaviculare, demențe, paralizii cerebrale)	231,8 lei/asigurat/lună
8	Monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofiliei*)	231,8 lei/lună/asigurat
9	Boli endocrine (acromegalie în tratament medicamentos și tumori neuroendocrine)****)	231,8 lei/lună/asigurat
10	Boala Gaucher****)	231,8 lei/lună/asigurat
11	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231,8 lei/lună/asigurat
12	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231,8 lei/lună/asigurat
13	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231,8 lei/lună/asigurat
14	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231,8 lei/lună/asigurat
15	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231,8 lei/lună/asigurat
16	Scleroza multiplă****)	231,8 lei/lună/asigurat
17	Boli rare****)	231,8 lei/lună/asigurat
18	Monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice*****)	208,62 lei/asigurat/semestru
19	Analgezia autocontrolată	80,43 lei/asigurat
20	Analgezie subarahnoidiană	125,75 lei/asigurat
21	Analgezie epidurală simplă	158,32 lei/asigurat
22	Analgezie epidurală cu cateter	242,93 lei/asigurat
23	Blocaj nervi periferici	139,66 lei/asigurat
24	Infiltrație periradiculară transforaminală*****)	463,6 lei/asigurat
25	Bloc de ram median posterior*****)	139,66 lei/asigurat
26	Bloc de plex simpatic	463,6 lei/asigurat
27	Ablație cu radiofrecvență de ram median*****)	242,93 lei/nivel/asigurat

28	Ablație cu radiofrecvență a inervației genunchiului sau a articulației coxofemorale*****)	799,71 lei/asigurat
29	Ablație sacroiliac*****)	799,71 lei/asigurat
30	Infiltrație sacroiliacă*****)	463,6 lei/asigurat
31	Discografie stimulată*****)	463,6 lei/asigurat
32	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginose și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic cu investigații de înaltă performanță	474,03 lei/asigurat
33	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginose și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic fără investigații de înaltă performanță	236,99 lei/asigurat
34	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	66,06 lei/pacient
35	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	198,19 lei/pacient
36	Discectomie percutană	799,71 lei/2 discuri/asigurat/serviciu
37	Endoscopie de canal spinal	799,71 lei/asigurat/serviciu
38	Flavectomie	799,71 lei/2 discuri/asigurat
39	Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)	394,06 lei/asigurat/sarcină
40	Monitorizare afecțiuni oncologice cu investigații de înaltă performanță	474,03 lei/asigurat/lună
41	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	236,99 lei/asigurat
42	Monitorizare insuficiență renală cronică	236,99 lei/asigurat/ lună
43	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	405,07 lei/asigurat
44	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	154,81 lei/asigurat
45	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.693,36 lei/asigurat/trimestru

46	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	1.049,22 lei/asigurat/trimestru
47	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.443,09 lei/asigurat/trimestru
48	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	798,96 lei/asigurat/trimestru
49	Monitorizarea bolilor psihiatrice adulți și copii (tulburări cognitive minore, demențe incipiente, tulburări psihotice și afective în perioade de remisiune, tulburări nevrotice și de personalitate)	231,8 lei/asigurat/lună
50	Implantarea cateterului venos central long-life destinat: administrării de medicamente, dializei cronice sau administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienții oncologici, hematologici, dializați. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life.	1.112,64 lei/asigurat
51	Implantarea cateterului venos central cu cameră implantabilă destinat administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienții oncologici și hematologici. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central și camerei implantabile.	1.390,8 lei/asigurat
52	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	358,13 lei/asigurat/anual
53	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	378,99 lei/asigurat/anual
54	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/ conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	456,65 lei/asigurat/anual
55	Incizia și drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului și gâtului)	602,02 lei/asigurat
56	Suprimarea firelor de sutură la pacienți cu despicături labio-maxilopalatine după plastia buzei sau a palatului	477,51 lei/asigurat
57	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	173,85 lei/asigurat
58	Implantare cateter peritoneal (tariful include și costul cateterului)	799,71 lei/asigurat
59	Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	150,67 lei/asigurat/trimestru





Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif pe serviciu medical
1.	Ciroza hepatică – monitorizare cu proceduri de înaltă performanță la pacienții cu suspiciune de hepatocarcinom (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie), Creatinina, CT abdomen cu substanță de contrast / IRM abdomen cu substanță de contrast / Colangio-IRM	474,03 lei/an
2.	Ciroză hepatică – monitorizare pacienți cu ascită/hidrotorax	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemogramă, INR, Albumina, Glicemie, Creatinină, Na, K, Citodiagnostic lichid puncție, Administrare Albumină umană 20%, 100 ml	299,47 lei
3.	Ciroză hepatică virală - monitorizare și prescriere tratament antiviral****) (Serviciu lunar per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemograma, INR, TGO, TGP, Albumina, Glicemie, Bilirubină totală, Bilirubină directă, Creatinină, Na, K	141,17 lei
4.	Hepatitis cronică virală B – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Ac anti-VHD, Determinare cantitativă ADN VHB, Fibroscan	919,96 lei
5.	Hepatitis cronică virală B fără agent delta – monitorizare tratament antiviral (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemogramă, TGO, TGP, Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Determinare cantitativă ADN VHB,	544,73 lei
6.	Hepatitis cronică virală B cu agent delta – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHD	453,17 lei
7.	Hepatitis cronică virală B cu agent delta - Monitorizarea eficienței și stabilirea continuării terapiei antivirale (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHD	453,17 lei
8.	Hepatitis cronică virală C – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHC, Fibroscan	579,79 lei
9.	Boli inflamatorii intestinale – administrare și prescriere tratament biologic****) (Serviciu lunar per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie), HLG, Albumină, Glicemie, Creatinină, TGP, TGO, Na, K	110,71 lei
10.	Boli inflamatorii intestinale – monitorizare (Serviciu bianual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie), HLG, INR, Albumină, Glicemie, Creatinină serică, TGP, TGO, Fosfatază alcalină, Gama GT, Proteina C reactivă, VSH, Calprotectină în materii fecale (cantitativ), Feritina serică, Sideremie	328,32 lei
11.	Monitorizare lunară și prescriere tratament antiviral B, C, D****) (Serviciu lunar per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemogramă, TGO, TGP, Creatinină	71,42 lei
12.	Stadializare fibroză hepatică – Fibroscan la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Fibroscan	266,57 lei

13.	Evaluare postransplant hepatic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie în Clinici de Gastroenterologie și Hepatologie - Transplant Hepatic), CMV Ig M, EBV Ig M, Tacrolinemie /sirolinemie/ciclosporinemie, AFP, Ecografie abdomen + pelvis, Determinare cantitativă ADN VHB sau ARN VHC	904,31 lei
14.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare-tip I 1 serviciu/asigurat/an	Consultații de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobină glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivații, Indicele gleznă-braț (Doppler), Ecografie cardiacă, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare	250,47 lei
15.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare-tip II 1 serviciu/asigurat/an	Consultații de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobină glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivații, Indicele gleznă-braț (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere) sau Monitorizare Holter tensiune arterială, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare	285,24 lei
16.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare-tip III 1 serviciu/asigurat/an	Consultații de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobină glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivații, Indicele gleznă-braț (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere), Monitorizare Holter tensiune arterială, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare	320,01 lei
17.	Monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburari de coagulare / trombofilii ereditare și dobândite	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	647,88 lei
18.	Evaluarea și tratamentul anemiei prin carență de fier cu fier injectabil intravenos - se recomandă numai la pacienții cu un risc mare de sângerare pentru intervențiile prevăzute în Anexa 1 la ordinul ministrului sănătății nr. 1251/2018 pentru aprobarea Ghidului de gestionare	Consultație de specialitate, analize de laborator: feritină serică, transferină, hemoleucogramă completă, sideremie, proteina C reactivă, glicemie, creatinină serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT; fier injectabil intravenos 500 mg	776,98 lei

	a sângelui pacientului în perioada perioperatorie		
19.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec	495,19 lei
20.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec	389,48 lei
21.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	1.059,35 lei
22.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	952,76 lei
23.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic	705,74 lei
24.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic	615,60 lei
25.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică	465,06 lei
26.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică	359,07 lei
27.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la	1.011,83 lei

		flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	
28.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	905,24 lei
29.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	664,01 lei
30.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	573,88 lei

\*\*\*\*) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (\*\*\*)1 (\*\*\*)1 $\beta$  și (\*\*\*)1 $\Omega$ , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (\*\*\*)1, (\*\*\*)1 $\beta$  și (\*\*\*)1 $\Omega$ , prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile de la poz. 14, 15 și 16 nu se pot efectua și raporta concomitent la un pacient într-un an.

Pentru serviciul de la poz. 17:

Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006 privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare.

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.

**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, și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.**

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif/serviciu
----------	---------------------------	----------------------	----------------

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)	<p>Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă</p> <p>Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO</p> <p>Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh</p> <p>Uree serică</p> <p>Acid uric seric</p> <p>Creatinină serică</p> <p>Glicemie</p> <p>TGP</p> <p>TGO</p> <p>TSH</p> <p>Examen complet de urină (sumar + sediment)</p> <p>VDRL sau RPR</p> <p>Testare HIV la gravidă</p> <p>Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)</p> <p>Secreție vaginală</p> <p>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)</p> <p>Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii</p>	732,96 lei
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă</p> <p>Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO</p> <p>Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh</p> <p>Uree serică</p> <p>Acid uric seric</p> <p>Creatinină serică</p> <p>Glicemie</p> <p>TGP</p> <p>TGO</p> <p>TSH</p>	450,23

		<p>Examen complet de urină (sumar + sediment)</p> <p>VDRL sau RPR</p> <p>Testare HIV la gravidă</p> <p>Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (hepatită B și C)</p> <p>Secreție vaginală</p> <p>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)</p> <p>Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii</p>	
3.	Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile) *2)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrative a rezultatelor)</p> <p>Dublu test / triplu test</p> <p>Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19 + 6 zile)</p>	639,77
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă</p> <p>Creatinina serică</p> <p>Acid uric seric</p> <p>TGP</p> <p>TGO</p> <p>Examen complet de urină (sumar + sediment)</p> <p>Dozare proteine urinare</p> <p>Proteine totale serice</p> <p>Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	163,69
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă</p> <p>Sodiu seric</p> <p>Potasiu seric</p> <p>Examen complet de urină (sumar + sediment)</p> <p>Uree serică</p> <p>Acid uric seric</p> <p>Creatinină serică</p> <p>Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	165,73
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în trimestrul III) *3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie</p> <p>Cardiotocografie</p> <p>Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	164,58

7.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui *4)	Consultatie chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie Comunicare rezultat	118,22
8.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui cu suspiciune identificată mamografic *5)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie Ecografie sân Comunicare rezultat	210,94
9.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	198,47
10.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	244,83
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie*8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	251,50
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin *9)	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece); examen histopatologic (1-3 blocuri)	453,52

\*1) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3, 2 sau 1 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile de la poz. 1 și 2 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă pentru o sarcină.

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

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.

Rezultatele serviciilor se consemnează complet în scrisoarea medicală și Carnetul gravidei, documente care se înmânează acesteia sub semnătura de primire.

\*2) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 1, 2 sau 3 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006, cu modificările și completările ulterioare și laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului/triplului test.

Se decontează un singur serviciu medical per gravidă care se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile de sarcină.



\*3) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006, cu modificările și completările ulterioare.

\*4) Se efectuează o dată la 2 ani, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale sânului la femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar.

Serviciile de la poz. 7 și 8 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

\*5) Se efectuează o dată la 2 ani în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale sânului la femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar. Serviciile de la poz. 7 și 8 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

\*6) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 35 - 64 ani, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale colului uterin și la femeile din grupa de vârstă 25 - 34 ani, asimptomatice, cu rezultate pozitive la examenul citologic care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

În cazul unui rezultat pozitiv la femeile 35 - 64 ani, se indica triaj citologic.

În cazul unui rezultat negativ, se repetă peste 5 ani.

Criterii de excludere: nu sunt eligibile femeile care:

1. prezintă absența congenitală a colului uterin;
2. prezintă histerectomie totală pentru afecțiuni benigne;
3. au diagnostic stabilit de cancer de col uterin;
4. au diagnostic stabilit pentru alte forme de cancer genital.

Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

\*7) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la testarea HPV. Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

\*8) se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la examenul citologic. Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

\*9) Se efectuează la femeile din grupa de vârstă 25 - 64 ani, cu rezultat pozitiv la examenul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 și 10.

### **NOTĂ pentru litera B:**

1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum și serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte, după caz).

2. Serviciile medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B, se pot contracta de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi și cu unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, care au avizate/aprobate de Ministerul Sănătății structuri de spitalizare de zi.

3. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B 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.

4. Pentru fiecare poziție din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B punctele B.1, B.2, B.3.1, B.3.2, B.4.1. și B.4.2. se întocmesc fișe de spitalizare de zi distincte.

5. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevăzute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitalicești prevăzute la litera A. Excepție face situația în care asiguratul internat în regim de spitalizare continuă poate beneficia concomitent, în altă unitate sanitară, de serviciul medical prevăzut la punctul B.3.1, poziția 1, 3 și 4, dacă unitatea sanitară la care asiguratul este internat în regim de spitalizare continuă, nu poate acorda acest serviciu.

6. Serviciile prevăzute la pozițiile 7, 8, 40, 41, 42, 49, 53, 54, 59, 60, 61 și 62 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, după caz, și diagnostic/depistare.

7. Serviciile prevăzute la pozițiile 40 și 41 din tabelul de la lit. B.3.2 se pot acorda pacienților cu afecțiuni oncologice care în luna respectivă beneficiază de serviciul prevăzut la poziția 1 din tabelul de la lit. B.3.1

8. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:

a) situația de urgență medico-chirurgicală pentru:

a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 pozițiile 34 și 35 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 pozițiile 88, 89, 96 și 97 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

b) diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu pentru serviciile în regim de spitalizare de zi prevăzute în listele de la litera B, cu excepția celor de la lit. a), care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

9. Pentru perioada în care un pacient are deschisă o fișă de spitalizare de zi - pe parcursul unei singure zile sau pe parcursul mai multor zile, acesta poate beneficia și de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale în ambulatoriu.

## **C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.**

### **Explorări computer-tomograf (CT)**

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale - coloană vertebrală - torace - abdomino-pelvine

- fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimuloare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni).

### **Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)**

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
  3. patologia oncologică indiferent de localizare
  4. necroza aseptică de cap femural
  5. urgențe în patologia demielinizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)
- Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurații cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergii la substanțele de contrast iodate).

#### **Explorări scintigrafice**

1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

#### **Explorări angiografice:**

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

## **CAPITOLUL II**

### **Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat**

1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:
  - a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
  - b) boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului;
  - c) nașterea.
2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:
  - a) situația de urgență medico-chirurgicală, pentru:
    - a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 pozițiile 34 și 35 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie
    - a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 pozițiile 88, 89, 96 și 97 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății,
  - b) epidemiologie pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare pentru serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.1 pozițiile 3 și 4 și punctul B.3.2 poziția 59, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.
3. Pentru criteriul urgență medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. Pentru spitalizarea continuă, la solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgență.
4. Pentru servicii medicale din pachetul minimal furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

## **CAPITOLUL III**

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. II, precum și de serviciul medical prevăzut la cap. I lit. B.3.1 poziția 1. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la capitolul I din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la capitolul II din prezenta anexă, sau de serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Serviciile medicale prevăzute la capitolul I, se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Anexa 2

(Anexa nr. 23 C la normele metodologice)

**TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECȚIE/COMPARTIMENT  
PENTRU SPITALELE DE BOLI CRONICE ȘI DE RECUPERARE,  
PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE  
ȘI NEONATOLOGIE - PREMaturi DIN ALTE SPITALE INCLUSIV  
PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

Nr. crt.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/ Compartimentului*)	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2023 (lei)
1.	Cronici	1061	229,82
2.	Geriatric și gerontologie	1121	198,25
3.	Neonatologie (prematuri)	1222	515,00
4.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222.1	664,11
5.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222.2	1.107,54
6.	Pediatrie (Recuperare pediatrică)	1272	230,73

7.	Pediatrie cronici	1282	322,25
8.	Pneumoftiziologie	1301	232,03
9.	Pneumoftiziologie pediatrică	1302	299,03
10.	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1	112,79
11.	Psihiatrie cronici	1333.2	130,13
12.	Recuperare, medicină fizică și balneologie	1371	234,25
13.	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	1372	125,75
14.	Recuperare medicală - cardiovasculară	1383	235,36
15.	Recuperare medicală – neurologie	1393	252,34
16.	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	1403	311,21
17.	Recuperare medicală - respiratorie	1413	297,38
18.	Recuperare neuro-psiho-motorie	1423	239,79
19.	Îngrijiri paliative	1061PAL	273,08
20.	Recuperare medicală	1393REC	244,71

\*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2023 nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare prevăzut în tabel, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 și 11 a secției de recuperare medicală neurologie și recuperare neuro-psiho-motorie prevăzute la poz. 15 și 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 30%, respectiv secțiilor de pneumoftiziologie și pneumoftiziologie copii prevăzute la poz. 8 și 9, pentru care tarifele maxime se pot majora cu până la 15%.

NOTA 2: Pentru secția clinică recuperare neuromusculară, recuperare medicală, neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni", secția clinică (IV) de recuperare medicală neurologie din cadrul Institutului Național de Recuperare Medicină Fizică și Balneologie, secția de recuperare neuro-psiho-motorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. N. Robănescu" și secția de recuperare neurologică de la Spitalul Universitar de Urgență Elias, tariful pe zi de spitalizare este 512,96 lei/zi.

**TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUȚI NON DRG,  
RESPECTIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUȚI  
DIN SPITALELE DE BOLI CRONICE ȘI DE RECUPERARE**

Nr. Crt.	Grupa	Secția/compartimentul (acuți)	Codul secției/ Compartimentului *)	Tarif mediu pe caz - maximal 2023 (lei)
1.	Medicale	Boli infecțioase	1011	1.307,49
2.	Medicale	Boli infecțioase copii	1012	1.086,26
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	2.004,36
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.167,26
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	1.050,20
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.239,56
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	907,74

8.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	1081	1.194,26
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	1082	1.230,41
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	1.049,32
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	1.130,62
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.287,02
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.702,62
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	1.102,39
15.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie	1151	1.291,75
16.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie copii	1152	963,93
17.	Medicale	Medicină internă	1171	1.061,27
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.299,47
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	972,69
20.	Medicale	Neonatologie (nn și prematuri)	1202	1.028,28
21.	Medicale	Neonatologie (nou-născuți)	1212	948,50
22.	Medicale	Neurologie	1231	1.460,87
23.	Medicale	Neurologie pediatrică	1232	1.182,06
24.	Medicale	Oncologie medicală	1241	1.156,80
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.418,76
26.	Medicale	Pediatrie	1252	1.011,99
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.164,44
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	887,90
29.	Medicale	Psihiatrie acuți	1311	1.555,75
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrică	1312	1.504,56
31.	Medicale	Psihiatrie (Nvroze)	1321	1.575,65
32.	Medicale	Psihiatrie (acuți și cronici)	1343	1.655,46
33.	Medicale	Reumatologie	1433	1.111,45
34.	Chirurgicale	Arși	2013	3.602,32
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculară	2033	4.860,31
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	2043	3.772,90
37.	Chirurgicale	Chirurgie generală	2051	1.471,81
38.	Chirurgicale	Chirurgie și ortopedie pediatrică	2092	1.126,19
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrică	2102	1.417,25
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastică și reparatorie	2113	1.587,48
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracică	2123	1.865,34
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculară	2133	2.658,56
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	858,84
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.362,97
45.	Chirurgicale	Obstetrică	2181	1.097,14
46.	Chirurgicale	Obstetrică-ginecologie	2191	941,70
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	788,22

48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	855,43
49.	Chirurgicale	Ortopedie și traumatologie	2211	1.493,09
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrică	2212	1.111,32
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.340,06
52.		Chirurgicale Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.427,69
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.214,37
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-facială	6013	1.175,67

\*) conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

NOTĂ: Tariful contractat pentru anul 2023 nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal prevăzut în tabel.

Nr...../.....

Nr...../.....

**APROBAT**  
**MINISTRUL SĂNĂTĂȚII**  
**Prof. Univ. Dr. Alexandru RAFILLA**

**APROBAT**  
**p. PREȘEDINTE**  
**Adela COJAN**  
**Vicepreședinte**

### REFERAT

de aprobare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia

#### Având în vedere:

- prevederile Hotărârii Guvernului nr. /2022 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, prelungirea termenului de aplicare a prevederilor acesteia, precum și pentru stabilirea unor alte termene;

- dispozițiile art. 229 alin. (4) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

**propunem aprobarea Ordinului anexat**, cu mențiunea că prevederile proiectului de act normativ au avut în vedere:

- modificarea pachetului minimal de servicii care se acordă de către medicii de familie persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat în concordanță cu reglementările art. 232 alin. (3<sup>1</sup>) - (3<sup>3</sup>) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin OUG nr. 37/2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, precum și stabilirea unor alte măsuri în domeniul sănătății,;

- prelungirea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 31 martie 2023.

Totodată, au fost reglementate următoarele aspecte:

- obligația furnizorilor din asistența medicală primară de a ține evidențe distincte a persoanelor neasigurate, precum și de a raporta distinct serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate;

- valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeași cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor asigurate;

- modul de calcul al sumei convenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată asiguraților care se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de



puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical ;

- modul de calcul al sumei cuvenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată persoanelor neasigurate care se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical;

- tarifele aferente serviciilor medicale spitalicești/cazurilor rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi, tarifele pe zi de spitalizare pentru spitalele de boli cronice și de recuperare /secțiile și compartimentele de cronici/recuperare din alte spitale, precum și tarifele medii pe caz rezolvat pentru spitalele de acuți non DRG /compartimentele de acuți din spitalele de boli cronice și de recuperare, au fost ajustate în funcție de rata de inflație stabilită pentru luna septembrie 2022.

În mod similar au fost ajustate în funcție de rata de inflație stabilită pentru luna septembrie 2022 tarifele aferente serviciilor medicale în scop diagnostic - caz acordate în ambulatoriul de specialitate clinic, care sunt finanțate din fondul alocat pentru asistență medicală spitalicească, și care sunt similare unor servicii medicale standardizate acordate în spitalizare de zi.

**DIRECTOR GENERAL**

**Costin ILIUȚĂ**

**DIRECTOR GENERAL**

**Călin Gheorghe FECHETE**