

PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1.1. 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 endemopidemic până la rezolvarea completă a cazului;
- c) nașterea.

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

a) urgență medico-chirurgicală;

a1)		Tarif pe serviciu medical (lei)
Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă		66 lei/pacient/serviciu
Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății		198 lei/pacient/serviciu
Urgență medicală cu investigații de înaltă performanță (CT, RMN) în camerele de gardă		517 lei/pacient/serviciu
Urgență medicală cu investigații de înaltă performanță (CT, RMN, ANGIOGRAFIE) în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății		568 lei/pacient/serviciu
a2)		Tarif pe caz rezolvat medical (lei)
O02.1	Avort fals	113
O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	114
S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	285
S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	284

b) epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare:

	Tarif maximal pe serviciu medical (lei)
Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	393 lei/administrare
Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	276 lei/administrare
Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	150 lei/asigurat/ trimestru

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.

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1.1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:

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 endemioepidemic 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 urmării 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.

1.2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de 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.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Fiecare unitate sanitară afișează numai afecțiunile (diagnosticele) contractate cu casa de asigurări de sănătate

Lista afecțiunilor (diagnosticilor) 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
1	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	- lei-
2	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	394
3	E78.2	Hiperlipidemie mixta	354
4	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	442
5	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	317
6	I34.0	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	350
7	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	440
8	I35.1	Insuficiență (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	464
9	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerare sau inflamație	441
10	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	444
11	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	355
12	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	232
13	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificată	363
14	K30	Dispepsia	250
15	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	208
16	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	373
17	K70.1	Hepatita alcoolică	359
18	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	314
19	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	470
20	K76.0	Degenerescența grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	550
21	K81.8	Alte colecistite	460
22	L60.0	Unghia încarnată	337
23	R10.4	Altă durere abdominală și nespecificată	344
24	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	155
			383

*) 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

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Fiecare unitate sanitară afișează numai cazurile rezolvate cu procedură chirurgicală contractate cu casa de asigurări de sănătate

Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi și tarifele pe caz rezolvat corespunzătoare:

Nrt. Crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod Procedură	Denumire procedură chirurgicală	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală
1	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia Flexibilă	-lei-
2	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	430
3	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	556
4	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	430
5	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	430
6	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	556
7	Debridarea excizională a părților moi	O19301	Debridarea excizională a părților moi	556
8	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	753
9	Rezeția parțială a unghiei încarnate	P02504	Rezeția parțială a unghiei încarnate	753

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.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Fiecare unitate sanitară afișează numai serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate

Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical 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	Tarif pe serviciu medical
1	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	358 lei/asigurat/trimestrial
2	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	378 lei/asigurat/trimestrial
3	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/ conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	456 lei/asigurat/trimestrial

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programele naționale de sănătate.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de

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

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

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (***)1 (***)1β și (***)1Ω, 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, (***)1β și (***)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare

*****) sub ghidaj Rx

*****) sub ghidaj și mașina de ablație

*****) Se poate efectua trimestrial la asigurații cu diabet zaharat confirmat.

*****) Se realizează de către medicul de specialitate medicină nucleară în baza recomandării medicilor de specialitate cu specialitatea oncologie medicală sau endocrinologie, pentru pacienții cu tumori neuroendocrine pentru vizualizarea receptorilor somatostatini.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Fiecare unitate sanitară afișează numai serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate

Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif pe serviciu medical
1	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 lei/asigurat/serviciu
2	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 lei/asigurat/serviciu
3	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 lei/asigurat/serviciu
4	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 lei/asigurat/serviciu

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (***)1β și (***)1Ω, 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, (***)1β și (***)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.