

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Grupa de vârstă	Număr de puncte/ persoană/an	Valoare minim garantată a punctului per capita în vigoare (lei)	Valoare decontată medic specialist/ persoană/an (lei)	Valoare decontată medic primar/ persoană/an (lei)	Valoare decontată medic / persoană/an (lei)
c0	c1	c2	c3=c1*c2	c4=c3+c3*20%	c5=c3-c3*10%
0 - 3 ani	11,20				
4 - 59 ani	7,20				
60 ani și peste	11,20				

Denumire serviciu medical	Frecvență/Plafon	Nr. Puncte pentru serviciile decontate prin plata pe serviciu	Valoare minim garantată a punctului pe serviciu în vigoare (lei)	Tarif decontat pe serviciu pentru medic specialist	Tarif decontat pe serviciu pentru medic primar	Tarif decontat pe serviciu pentru medic
c1	c2	c3	c4	c5=c3*c4	c6=c5+c5*20%	c7=c5-c5*10%
A. Pachet minimal						
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consultație				
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemico-epidemic	fiecare boală cu potențial endemico-epidemic suspiciunată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultație				
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și leuziei						
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; luna a 9-a inclusiv;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație				
d) urmărirea leuziei la externarea din maternitate - la domiciliu;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație				
e) urmărirea leuziei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație				
	1 consultație	5,5 puncte/consultație				
	2 consultații/an calendaristic/persoană	5,5 puncte/consultație				
4. Servicii de planificare familială						
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului				
6. Servicii de prevenție						
Consultația preventivă	1 consultație o dată la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consultație				
B. Pachet de bază						
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților 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 la 18 ani	1 consultație/an/ asigurat	5,5 puncte/consultație				
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei						
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 leuziei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație				
e) urmărirea leuziei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte/consultație				
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic						
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consultații/asigurat o dată la 3 ani calendaristici pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație				
b) asigurați 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) asigurați cu vârsta >40 ani	1 - 2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație				
4. Servicii medicale curative						
a) Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	maximum 2 consultații/asigurat/episod	5,5 puncte/consultație	5,5 puncte/consultație			
b) Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice	1 consultație/asigurat/ lună	5,5 puncte/consultație	5,5 puncte/consultație			
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/ asigurat - 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 60 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.				
5. Servicii la domiciliu:						

a) Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte/consultație				
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte/consultație				
c) Boli cronice pe lista proprie	4 consultații/ani/asigurat	15 puncte/consultație				
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				
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 cronică 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 60 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. 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 60 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 constator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului				
6. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC	conform schemei stabilite de către medicul pneumolog	40 de puncte/ lună /asigurat cu condiția realizării schemei complete de tratament				
7. 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				
8. Serviciile medicale adiționale				Tarif (lei)	Tarif (lei)	Tarif (lei)
a) ecografie generală - abdomen și pelvis	Maximum 3 investigații pe oră/medic			60 lei	60 lei	60 lei

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU
SPECIALITĂȚILE PARACLINICE**

Lista investigațiilor paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/imagistică medicală/medicină nucleară	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate (lei)
	I. Radiologie - Imagistică medicală	
	A. Investigații convenționale	
	1. Investigații cu radiații ionizante	
1	Examen radiologic cranian standard*1)	18
2	Examen radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței*1)	30
3	Examen radiologic părți schelet în 2 planuri*1)	35
4	Radiografie de membre*1):	
	a) Braț	35
	b) Cot	35
	c) Antebraț	35
	d) Pumn	35
	e) Mână	35
	f) Șold	35
	g) Coapsă	35
	h) Genunchi	35
	i) Gambă	35
	j) Gleznă	35
	k) Picior	35
	l) Calcaneu	35
5.	Examen radiologic articulații sacro-iliace*1)	35
6.	Examen radiologic centură scapulară*1)	23
7.	Examen radiologic coloană vertebrală/segment*1)	35
8.	Examen radiologic torace ansamblu*1)	32
9.	Examen radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Examen radiologic torace și organe toracice*1)	32
10.	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	32
11.	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)	56
12.	Examen radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanță de contrast*1)	82
13.	Examen radiologic colon dublu contrast	100
14.	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvinare	70
15.	Examen radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	220
16.	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	250
17.	Pielografie	250
18.	Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	250
19.	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	250
20.	Examen radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	280
21.	Radiografie retroalveolară	15
22.	Radiografie panoramică	30
23.	Mamografie în două planuri*1) - Obligativu în baza unui bilet de trimitere investigația se efectuează pentru ambii sâni, cu excepția situațiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	35
24.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	200
25.	Osteodensitometrie segmentară (DXA) *1)	25
	2. Investigații neiradiante	
26.	Ecografie generală (abdomen + pelvis) *1)	60
27.	Ecografie abdomen*1)	40
28.	Ecografie pelvis*1)	30
29.	Ecografie transvaginală/transrectală	50
30.	Ecografie de vase (vene)	30
31.	Ecografie de vase (artere)	30
32.	Ecografie ganglionară	30
33.	Ecografie transfontanelară	40
34.	Ecografie de organ/articulație/părți moi*2)	25
35.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	350
36.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	80
37.	Senologie imagistică *1) - Obligativu în baza unui bilet de trimitere investigația se efectuează pentru ambii sâni, cu excepția situațiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	40
38.	Ecocardiografie	40
39.	Ecocardiografie + Doppler	50
40.	Ecocardiografie + Doppler color	55

41.	Ecocardiografie transesofagiană	170
	B. Investigații de înaltă performanță	
42.	CT craniu nativ	120
43.	CT buco-maxilo-facial nativ	150
44.	CT regiune gât nativ	130
45.	CT regiune toracică nativ	175
46.	CT abdomen nativ	175
47.	CT pelvis nativ	175
48.	CT coloană vertebrală nativ/segment	60
49.	CT membre nativ/membru	60
50.	CT mastoidă	150
51.	CT sinusuri	150
52.	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	375
53.	CT hipofiză cu substanță de contrast	375
54.	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast	400
55.	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	375
56.	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	450
57.	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	400
58.	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	400
59.	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/segment	400
60.	CT membre nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/ membru	180
61.	CT ureche internă	375
62.	Uro CT	400
63.	Angiografie CT membre	400
64.	Angiografie CT craniu	400
65.	Angiografie CT regiune cervicală	400
66.	Angiografie CT torace	400
67.	Angiografie CT abdomen	400
68.	Angiografie CT pelvis	400
69.	Angiocoronarografie CT	700
70.	RMN craniu-cerebral nativ	450
71.	RMN sinusuri	450
72.	RMN torace nativ	450
73.	RMN gât nativ	450
74.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ	450
75.	RMN abdominal nativ	450
76.	RMN pelvin nativ	450
77.	RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	450
78.	RMN umăr nativ	450
79.	RMN umăr nativ și cu substanță de contrast	700
80.	RMN torace nativ și cu substanță de contrast	700
81.	RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast	700
82.	RMN craniu-cerebral nativ și cu substanță de contrast	700
83.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ și cu substanță de contrast	700
84.	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	700
85.	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	700
86.	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanță de contrast	700
87.	RMN cord nativ	450
88.	RMN cord nativ și cu substanță de contrast	700
89.	RMN hipofiză cu substanță de contrast	700
90.	Uro RMN cu substanță de contrast	850
91.	Angiografia RMN trunchiuri supraoortice	400
92.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	400
93.	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	600
94.	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	400
95.	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN	800
96.	Colangio RMN	300
97.	RMN sâni nativ	450
98.	RMN sâni nativ și cu substanță de contrast	700
	II. Medicină nucleară	
99.	Scintigrafia renală	450
100.	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală -30/90 min de la inj.)	450
101.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică efort)	450
102.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică repaus)	450
103.	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	450
104.	Scintigrafia osoasă localizată	450
105.	Scintigrafia osoasă completă	450
106.	Scintigrafia hepatobiliară	450
107.	Scintigrafia tiroidiană	450
108.	Scintigrafia paratiroidiană	450

NOTA: Filmele radiologice și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA:

a) Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 2 - 4, 7, 21, 23, 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidente recomandate și efectuate, cu excepția serviciilor prevăzute la poz. 2, 3, 4, 7, 21 și 23 pentru care tariful se referă la minim 2 incidente. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

b) Pentru serviciul prevăzut la poziția 25 tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o dată pe an.

c) În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 la care tariful aferent se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 20% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

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 are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- b) boli cu potențial endemoepidemic 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 maximal pe serviciu medical (lei)	Tarif negociat și contractat cu CAS (lei)
Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă		57 lei/pacient	
finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății		171 lei/pacient	
a2)		Tarif maximal pe caz rezolvat medical (lei)	Tarif negociat și contractat cu CAS (lei)
O02.1	Avort fals	97.77 lei	
O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	98.84 lei	
S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	246.68 lei	
S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	245.74 lei	

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

		Tarif maximal pe serviciu medical (lei)	Tarif negociat și contractat cu CAS (lei)
Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic		171 lei/administrare	
Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic		111 lei/administrare	
Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoas		130 lei/asigurat/ trimest	

1.3. 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. 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 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 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 medicale care necesită supraveghere medicală continuă în regim de spitalizare de zi, care necesită asistență medicală spitalicească de zi;
- 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 serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate

Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi)

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical	Tarif pe serviciu medical negociat și contractat cu casa de asigurări de sănătate (lei)
1	Chimioterapie*) cu monitorizare	280 lei/ședință	
2	Litotriție	350 lei/ședință	
3	Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare	
4	Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	111 lei/administrare	
5	Strabism la copii - reeducare ortooptică	50 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	1.215 lei / administrare zilnică	

Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical	Tarif pe serviciu medical negociat și contractat cu casa de asigurări de sănătate (lei)
1	Implant de cristalin**)	1.050 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	272,40 lei/asigurat /serviciu	
3	Amniocenteză***)	900 lei/asigurat/ serviciu	
4	Biopsie de vilozități coriale***)	900 lei/asigurat/ serviciu	
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200 lei/lună/asigurat	
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro - imunologic*)	450 lei/lună/asigurat	
7	Boli 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	200 lei/asigurat/lună	
8	Monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofiliei*)	200 lei/lună/asigurat	
9	Boli endocrine (acromegalie în tratament medicamentos și tumori neuroendocrine)****)	200 lei/lună/asigurat	
10	Boala Gaucher****)	200 lei/lună/asigurat	
11	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	
12	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	
13	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	
14	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	
15	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	
16	Scleroza multiplă****)	200 lei/lună/asigurat	

17	Boli rare****)	200 lei/lună/asigurat	
18	Monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice*****)	180 lei/asigurat/ semestru	
19	Analgezia autocontrolată	69,40 lei/asigurat	
20	Analgezie subarahnoidiană	108,50 lei/asigurat	
21	Analgezie epidurală simplă	136,60 lei/asigurat	
22	Analgezie epidurală cu cateter	209,60 lei/asigurat	
23	Blocaj nervi periferici	120,50 lei/asigurat	
24	Infiltrație periradiculară transforaminală*****)	400 lei/asigurat	
25	Bloc de ram median posterior*****)	120,50 lei/asigurat	
26	Bloc de plex simpatic	400 lei/asigurat	
27	Ablație cu radiofrecvență de ram median*****)	209,60 lei/nivel/ asigurat	
28	Ablație cu radiofrecvență a inervației genunchiului sau a articulației coxofemorale*****)	690 lei/asigurat	
29	Ablație sacroiliac*****)	690 lei/asigurat	
30	Infiltrație sacroiliac*****)	400 lei/asigurat	
31	Discografie stimulată*****)	400 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	409 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	204,48 lei/asigurat	
34	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	57 lei/pacient	
35	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	171 lei/pacient	
36	Discectomie percutană	690 lei/2 discuri/ asigurat/serviciu	
37	Endoscopie de canal spinal	690 lei/asigurat/ serviciu	
38	Flavectomie	690 lei/2 discuri/ asigurat	
39	Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)	340 lei/asigurat/ sarcină	
40	Monitorizare afecțiuni oncologice cu investigații de înaltă performanță	409 lei/asigurat/lună	
41	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	204,48 lei/asigurat	
42	Monitorizare insuficiență renală cronică	204,48 lei/asigurat/ lună	
43	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrilor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	349,50 lei/asigurat	
44	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrilor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	133,57 lei/asigurat	

45	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paralizilor cerebrale/paralizilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.461,05 lei/asigurat/ trimestru	
----	---	----------------------------------	--

46	Terapia paralizilor cerebrale/paralizilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrilor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	905,28 lei/asigurat/ trimestru	
47	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrilor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paralizilor cerebrale/paralizilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrilor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.245,12 lei/asigurat/ trimestru	
48	Terapia paralizilor cerebrale/paralizilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrilor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	689,35 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)	200 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.	960 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.	1.200 lei/asigurat	
52	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	309 lei/asigurat/anual	
53	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat/anual	
54	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/ conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	394 lei/asigurat/anual	
55	Incizia și drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului și gâtului)	519,43 lei/asigurat	
56	Suprimarea firelor de sutură la pacienți cu despicături labio-maxilopalatine după plastia buzei sau a palatului	412 lei/asigurat	
57	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	150 lei/asigurat	
58	Implantare cateter peritoneal (tariful include și costul cateterului)	690 lei/asigurat	
59	Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	130 lei/asigurat/ trimestru	
60	Monitorizarea și tratamentul colagenozelor: poliartrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermato-polimiozită, sindrom Sjorgen, vasculite sistemice.	200 lei/asigurat/lună	
61	Diagnostic și monitorizare artrită precoce	200 lei/asigurat/lună	
62	Monitorizarea bolilor hematologice	200 lei/asigurat/lună	
63	Diagnosticarea apneei de somn	238 lei/asigurat	
64	Bronhoscopia asociată ecografiei (EBUS)	1.409 lei / asigurat	
65	Terapia spasticității membrului superior aparută ca urmare a unui accident vascular cerebral pentru pacientul adult - cu toxină botulinică	1.999,36 lei /asigurat / trimestru	
66	Cordonocenteza***)	900 lei / asigurat /serviciu	

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

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare. Serviciul medical se acordă o singură dată pentru fiecare ochi.
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,

****) 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, 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, cu modificările și completările ulterioare

*****) sub ghidaj Rx

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

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

Unitatile sanitare cu paturi care acorda servicii medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG vor afișa următorii indicatori:

ICM 2018 <i>(indicele de complexitate a cazurilor)</i>	TCP 2018 <i>(tarif pe caz ponderat)</i>	Tarif pe caz rezolvat
1	2	$3=1*2$

La contractarea serviciilor medicale spitalicești se are în vedere tariful pe caz rezolvat.

La decontarea serviciilor medicale spitalicești (pentru serviciile confirmate și validate), suma de decontat pentru fiecare caz rezolvat se stabilește prin înmulțirea valorii relative a cazului (complexitate) cu tariful pe caz ponderat (TCP).