

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	57 lei/pacient

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 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.

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 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.

PAKETUL 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 (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi

Nr. crt.	Cod diagnostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif maximal pe caz rezolvat medical (lei)	Tarif pe caz rezolvat medical negociat și contractat cu casa de asigurări de sănătate (lei)
6.	D50.0	Anemia prin carență de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	335,03	335,03
7.	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	532,02	532,02
17.	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	362,46	362,46
19.	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	305,19	305,19
20.	E78.2	Hiperlipidemie mixta	381,48	363,01
24.	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	227,98	227,98
25.	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	273,62	273,62
27.	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	302,74	302,74
28.	I34.0	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	379,67	274,59
29.	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	400,68	274,59
30.	I35.1	Insuficiență (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	381,12	274,59
43.	J18.9	Pneumonie, nespecificată	417,73	417,73
44.	J20.9	Bronșita acută, nespecificată	168,46	168,46
46.	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	370,6	370,6
52.	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	307,15	307,15
54.	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	200,82	200,82
55.	K29.1	Alte gastrite acute	311,6	311,6
56.	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	313,43	313,43
58.	K30	Dispepsia	180,12	180,12
62.	K70.1	Hepatita alcoolică	271,45	271,45
63.	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	405,55	405,55
65.	K76.0	Degenerescența grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	397,1	397,1
66.	K81.1	Colecistita cronică	339,14	339,14
68.	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	263,17	263,17
74.	M16.9	Coxartroza, nespecificată	196,79	196,79
75.	M17.9	Gonartroza, nespecificată	202,45	202,45
76.	M51.2	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	313,33	313,33
77.	M54.4	Lumbago cu sciatică-	347,28	347,28
78.	M54.5	Dorsalgie joasă-	378,19	378,19
80.	N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	213,11	213,11
95.	R59.0	Ganglioni limfatici măriți localizați	512,98	324,13
99.	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată	331,17	331,17
10	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	331,17	331,17
10	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	273,62	273,62
10	I87.2	Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)	383,92	383,92

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	280 lei/ședință

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)
8	Monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofiliei*)	200 lei/lună/asigurat	200 lei/lună/asigurat
11	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	200 lei/lună/asigurat
12	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	200 lei/lună/asigurat
13	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat	200 lei/lună/asigurat

17	Boli rare****)	200 lei/lună/asigurat	200 lei/lună/asigurat
34	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	57 lei/pacient	57 lei/pacient
41	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	204,48 lei/asigurat	204,48 lei/asigurat
53	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat/anual	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	394 lei/asigurat/anual
60	Monitorizarea și tratamentul colagenozelor: poliartrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermatopolimiozită, sindrom Sjorgen, vasculite sisteme.	200 lei/asigurat/lună	200 lei/asigurat/lună

*) 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.

**) 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

****) 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.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ PENTRU AFECȚIUNI CRONICE
Fiecare unitate sanitară afișează numai secțiile/compartimentele contractate cu casa de asigurări de sănătate

Nr. crt.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/ compartimentului	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2018 (lei)	Tarif pe zi de spitalizare negociat și contractat cu casa de asigurări de
12.	Recuperare, medicină fizică și balneologie	1371	202,11	202,11

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2018 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 neuropsihomotorie prevăzute la poz. 15 și 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maximale se pot majora cu până la 30%, respectiv secțiilor de pneumoftiziologie și pneumoftiziologie copii prevăzute la poz. 8 și 9, pentru care tarifele maximale 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 și secția de recuperare neuropsihomotorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. N. Robanescu", tariful maximal pe zi de spitalizare este de 400 lei/zi. Pentru secția de recuperare neurologică de la Spitalul Universitar de Urgență Elias, tariful pe zi de spitalizare este 512,96 lei/zi.

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	$3=1*2$
1,0862	1475	1602,145

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).