

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:

- urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului;
- 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	57 lei/pacient
Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	171 lei/pacient
a2)	Tarif pe caz rezolvat medical (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)
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 mucoaselor	130 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:

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

- 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;
- 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 (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	D50.0	Anemia prin carență de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	335,03
2	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	532,02
3	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	340,34
4	E10.71	Diabet mellitus tip 1 cu complicații microvasculare multiple	378,90
5	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	341,86
6	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	305,81
7	E13.65	Alte forme specificate de diabet mellitus cu control slab	427,32
8	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	362,46
9	E44.1	Malnutriția proteino-energetică ușoară	362,46
10	E78.2	Hiperlipidemie mixta	381,48
11	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	328,89
12	F41.2	Tulburare anxioasă și depresivă mixtă	297,53
13	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	297,53
14	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	227,98
15	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulceratie sau inflamație	383,92
16	K91.1	Sindroame după chirurgia gastrică	285,59
17	L60.0	Unghia încarnată	297,32
18	N47	Hipertrofia prepuțului, fimoză, parafimoză	229,22
19	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	138,35
20	N92.0	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual regulat	332,24
21	N92.1	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual neregulat	233,25
22	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	323,27
23	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	389,85
24	N95.0	Sângerări postmenopauză	311,36
25	O02.1	Avort fals	97,77
26	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	98,84
27	O12.0	Edem gestațional	198,65
28	O21.0	Hiperemeza gravidică ușoară	125,86
29	O23.1	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	127,48
30	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	464,82
31	S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	245,74
32	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	331,17
33	I80.3	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	383,92
34	R60.0	Edem localizat	198,65

*) 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.

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	Amniocenteză***)	900 lei/asigurat/ serviciu
2	Biopsie de vilozități coriale***)	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.

***) 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 afecțiunii 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.

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 2021 <i>(indicele de complexitate a cazurilor)</i>	TCP 2021 <i>(tarif pe caz ponderat)</i>	Tarif pe caz rezolvat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3=1*2</i>
1,0861	1475	1601,9975

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).