

ORDIN nr. 1857 din 30 mai 2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 9.750 din 30 mai 2023 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.086 din 29 mai 2023 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și ale 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. 521/2023 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;
- 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. 1

Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 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, prevăzute în anexele nr. 1-50, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2

Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 iulie 2023.

Art. 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila
p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

ANEXA nr. 1: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ȘI DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

CAPITOLUL 1: 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 decontează 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/la locul solicitării. 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, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

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 recomandă persoanelor neasigurate investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și/sau pentru monitorizare, consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, 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 persoanelor cu boli cronice-se vor realiza pe bază de programare pentru:

a) supravegherea evoluției bolii;

b) continuitatea terapiei;

c) screeningul complicațiilor;

▣**d)** educația neasiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea. Consultațiile cuprind, după caz, activitățile de la punctele a-d prevăzute la 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 recomandă persoanelor neasigurate investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și/sau pentru monitorizare, consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, 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, boală cronică de rinichi 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, recomandare pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

▣**b)** monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, recomandare de investigații paraclinice și tratament. 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 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.

▣**1.1.4.2.** Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi 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, ascultație 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; recomandare pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigații: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate.

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.

NOTA 1: 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.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2.

b) Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor/afectarea organelor țintă; recomandare pentru 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. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele prescrise.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; recomandare pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată (RFG_e), albuminurie, determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), în funcție de nivelul de risc; recomandare, 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 igienodietetice și educație pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

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 TG > 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 m²);

- 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 predictori 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 m²);
- 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 fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară 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 recomandare pentru 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 palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; recomandare pentru investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu astm bronșic sau BPOC.

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 și prevenția exacerbărilor, declinul funcției pulmonare și a efectelor adverse medicamentoase, cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al simptomelor 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.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienților cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie și imunologie clinică.

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 ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

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 complianței la tratament și recomandare pentru ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

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

Pentru BPOC, ținta terapeutică este reprezentată de 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 palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; recomandare, 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; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

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

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice se realizează cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații:

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast
- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune
- incertitudine diagnostic.

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.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

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; recomandare pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e, examen sumar de urină, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală; Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate.

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

b) Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: bilanțul periodic, de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină în urină (RACU), declin RFG_e); revizuirea medicației (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); recomandare pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină; recomandare pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate. Decizia de a trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a) Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1-A3) (evaluată prin 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

Categoria eRFG (determinată prin ecuația CKD - EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

- G1 - normal eRFG $\geq$ 90 ml/min
- G2 - ușor scăzut eRFG 60-89 ml/min
- G3a - ușor până la moderat scăzut eRFG 45-59 ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzut: eRFG 30-44 ml/min
- G4 - sever scăzut eRFG eRFG 15-29 ml/min
- G5 - Insuficiență renală eRFG < 15 ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

- Mic: G1 A1, G2 A1
- Moderat: G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare: G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1

- Foarte mare: G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3
- b)hematurie nonurologică
- c)Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5 mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;
- d)injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);
- e)HTA necontrolată;
- f)Instalarea complicațiilor BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral - osos)

Recomandarea pentru consultație de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, 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 nonurologică, hipertensiune arterială necontrolată. Persoanele neasigurate suportă integral costurile consultațiilor din ambulatoriul clinic de specialitate. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul și monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

1.2.Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

▣**1.2.1.**Consultații preventive 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 se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 B la ordin. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

▣**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, - timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
- b)la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni - timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
- c)o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTĂ: 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)Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv:

1.Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

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 indici 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 indici 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

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

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; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz;

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 cabinet și la domiciliu; se decontează o consultație;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet și 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, care nu sunt în evidența medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată pe an, 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/asigurat, anual. Cea de-a doua consultație, în care medicul realizează intervenția individuală privind riscurile modificabile, 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/pachet prevenție ce se decontează 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 decontează 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 cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFG_e
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)

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

- senologie imagistică

- 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 cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)
- senologie imagistică TSH și FT4 la femei

▣ **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 Hotărârea Guvernului 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 decontează 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, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;

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 decontează maximum două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

▣ **1.2.5.2.** Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieții reproductive cât și la evaluarea femeii preconcepție:

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

- investigarea numărului, spațierea sarcinilor și calendarul copiilor preconizați în vederea indicării contracepției eficiente pentru a permite implementarea acestui plan și reduce riscul unei sarcini neplanificate;
- conștientizarea fertilității și despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, șansa de concepție, riscul de infertilitate și anomalii fetale;
- pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepția eficientă și opțiunile contraceptive de urgență.

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuților, pierderea fătului, malformații congenitale, prematuritate, greutate mică la naștere, diabet gestațional);
- istoricul medical (afecțiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare precum diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie și trombofilie);
- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripție medicală, vitamine și suplimente alimentare);
- evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, testul Babeș Papanicolau efectuat înainte de sarcină, indicele de masă corporală și tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriție și recomandarea de exerciții fizice
- consumul de substanțe (consumul de tutun, alcool și droguri ilegale și respectiv consilierea pentru renunțarea la fumat, alcool și droguri ilegale dacă e cazul);
- istoricul vaccinarilor (vaccinarea împotriva hepatitei B, rubeolei și varicelei);
- suplimentarea cu acid folic.
- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetată la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor TORCH: Toxoplasmoză, Alte (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioză), Rubeola, Citomegalovirus și Herpes simplex.

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscrși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultații/neasigurat, anual.

1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 și 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și recomandare de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani și peste. 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.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultații/neasigurat, anual.

■ **1.2.7.2.** Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață): evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

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.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele:

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- examinare DXA
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- senologie imagistică,
- examen Babeș-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH și FT4 la femei

Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate în urma consultațiilor preventive.

■ **1.2.8.** Pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, 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 glicemiei bazale (a jeun) sau efectuarea testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) sau a HbA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de

consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTĂ: Pentru pacienții 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 Hotărârea Guvernului 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.

1.2.9. Pentru persoanele cu vârsta de 18 ani și peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulți factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG) și determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA:

Pentru pacienții cu risc mic de boală cronică de rinichi G1-2 și A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienții cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 și G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienții cu risc înalt sau foarte înalt, toate celelalte cazuri G și A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice și pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

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 nedepasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0-1 an, copiii cu vârsta 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/acutizări 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.

NOTĂ: Consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele și prenumele, 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 persoanelor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, 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, sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate, 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 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-brăț*3)
4.	Efectuarea și interpretarea electrocardiografei*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, dehiscente plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fără naștere*2), *4) *5)
15.	Naștere precipitata*2), *4)*5)

16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicația)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifica o sarcina
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații *1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică *1), *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.

*5)Serviciile se acordă în situația în care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistență medicală.

NOTĂ: 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:

a) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

b) 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.Servicii 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.

CAPITOLUL 2: B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

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

- 1.1. servicii medicale curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii 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 decontează 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/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele asigurate 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, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

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)**recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- d)**manevre de mică chirurgie, după caz;
- e)**stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- f)**bilet de trimitere pentru 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;
- g)**recomandare pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- h)**recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- i)**recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar;
- j)**recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

▣**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/asigurat se decontează maxim două consultații.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul, precum și adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care îi poate fi transmisă scrisoarea medicală de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

▣**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, și va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

▣**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 de la punctele a-j prevăzute la 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/asigurat se decontează o consultație pe lună.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul, precum și adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care îi poate fi transmisă scrisoarea medicală de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

▣ **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, și va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

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, boală cronică de rinichi 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, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament. 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.

▣ **1.1.4.2.** Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi 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 următoarelor investigații paraclinice: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, 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.

NOTA 1: 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.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi și diabet zaharat tip 2.

b) Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi 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, creatinină serică, cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată, albuminurie cu determinarea 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 >= 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 TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA >= 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 >= 10 ani sau alt factor de risc adițional;

- BRC moderată (eGFR 30-59 mL/min/1,73 m²);

- 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 m²);
- Risc SCORE calculat >= 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 fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară 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 palpare 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.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu astm bronșic sau BPOC.

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 și prevenția exacerbărilor, declinul funcției pulmonare și a efectelor adverse medicamentoase, 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.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienților cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie și imunologie clinică.

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 ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

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 complianței 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 palpare 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 se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice se realizează cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie și imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații:

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast
- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două

moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune

- incertitudine diagnostic.

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.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

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, raport albumină/creatinină urinară de două ori în interval de 3 luni, 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 dislipidemiei, după caz; educația pacientului pentru auto-îngrijire.

b) Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: bilanțul periodic de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin RFG); 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 - RFG, determinarea raportului albumină/creatinină urinară, examen sumar de urină; 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 determinată de:

a) Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1-A3) (evaluată prin 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

Categoria eRFG (determinată prin ecuația CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

- G1 - normal eRFG ≥ 90 ml/min
- G2 - ușor scăzut eRFG 60-89 ml/min
- G3a - ușor până la moderat scăzut eRFG 45-59 ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzut: eRFG 30-44 ml/min
- G4 - sever scăzut eRFG eRFG 15-29 ml/min
- G5 - Insuficiență renală eRFG < 15 ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

- Mic: G1 A1, G2 A1
- Moderat: G1 A2, G2 A2, G3a A1

- Mare: G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare: G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3

b) hematurie nonurologică

c) Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5 mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;

d) injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);

e) HTA necontrolată;

f) Instalarea complicațiilor BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

Biletul de trimitere pentru consultație de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, 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-urologică, hipertensiune arterială necontrolată. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul și monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

▣ **1.2.1.** Consultații preventive 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 se acordă 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;

- timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;

- timpul mediu/consultație în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: În cadrul consultațiilor preventive copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultațiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

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

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă

- Feritină

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 indici 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 indici 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

Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situația în care VDRL sau RPR este pozitiv.

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; serviciul include și depistarea sarcinii, după caz

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 cabinet și la domiciliu; se decontează o consultație;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere - la cabinet și 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.

NOTĂ: 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.

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 - care nu sunt în evidența medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată pe an, 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/asigurat, anual. Cea de-a doua consultație, în care medicul realizează intervenția individuală privind riscurile modificabile, 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/asigurat/pachet prevenție ce se decontează 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 decontează 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 1: În cadrul consultațiilor preventive asigurații asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, cu factori de risc modificabili, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, 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 au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

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 cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară

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

- senologie imagistică
- 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 cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- senologie imagistică, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH și FT4 la femei

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situația în care VDRL sau RPR este pozitiv.

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 Hotărârea Guvernului nr. [423/2020](#).

1.2.4.1. Se decontează 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, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;

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 decontează maximum două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

▣ **1.2.5.2.** Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieții reproductive cât și la evaluarea femeii preconcepție:

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

- investigarea numărului, spațierea sarcinilor și calendarul copiilor preconizați în vederea indicării contracepției eficiente pentru a permite implementarea acestui plan și reduce riscul unei sarcini neplanificate;
- conștientizarea fertilității și despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, șansa de concepție, riscul de infertilitate și anomalii fetale;
- pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepția eficientă și opțiunile contraceptive de urgență.

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuților, pierderea fătului, malformații congenitale, prematuritate, greutate mică la naștere, diabet gestațional);
- istoricul medical (afecțiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare ca de ex. diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie și trombofilie);
- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripție medicală, vitamine și suplimente alimentare);
- evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, testul Babeș Papanicolau efectuat înainte de sarcină, indicele de masă corporală și tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriție și recomandarea de exerciții fizice
- consumul de substanțe (consumul de tutun, alcool și droguri ilegale și respectiv consilierea pentru renunțarea la fumat, alcool și droguri ilegale dacă e cazul);
- istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B, rubeolei și varicelei);
- suplimentarea cu acid folic;
- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetată la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor TORCH: Toxoplasmoză, Alte (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioză), Rubeola, Citomegalovirus și Herpes simplex.

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultații/asigurat, anual.

1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni. **NOTA 1:** Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 și 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani și peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive, nu a efectuat aceste investigații.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultații/asigurat, anual.

1.2.7.2. Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață): evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: Investigațiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele:

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG
- examinare DXA
- PSA la bărbați
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- senologie imagistică, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH și FT4 la femei

1.2.8. Pentru asigurării adulți care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, 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 glicemiei bazale (a jeun) sau testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

NOTA 1. Pentru pacienții 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 Hotărârea Guvernului 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.

1.2.9. Pentru asigurații adulți, cu vârsta de 18 ani și peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulți factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulară (RFG_e) și determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

NOTĂ Pentru pacienții cu risc mic de boală cronică de rinichi G1-2 și A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienții cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 și G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienții cu risc înalt sau foarte înalt, toate celelalte cazuri G și A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

1.3.Consultațiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă asiguraților 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 asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0-1 an, 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 un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/asigurat și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

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

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

1.4.Serviciile medicale adiționale, serviciile diagnostice și terapeutice - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv asiguraților 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.

1.4.1. Servicii medicale adiționale acordate la nivelul cabinetului, în cadrul unui program de lucru la cabinet prelungit corespunzător: ecografia generală - abdomen și pelvis.

Medicii de familie efectuează și interpretează ecografiile numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate 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 investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale-abdomen și pelvis numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generală - abdomen și pelvis se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate și acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.4.2. 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 asigurate 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, întepte superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscențe plăgi, arsuri, extracție corpi străini țesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltrații, proceduri de evacuare colecții purulente)*1), *2), *4)

14.	Supraveghere travaliu fără naștere*2), *4) *5)
15.	Naștere precipitată*2), *4) *5)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat (nu include medicația)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații *1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică *1), *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.

*5)Serviciile se acordă în situația în care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistență medicală.

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent asistenței medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare și consumabilele specifice.

1.5. Activitățile de suport

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

a)certificat de concediu medical;

b)bilete de trimitere;

c)prescripții medicale;

d)adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;

e)acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;

f)adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unitățile de învățământ, dovada de (re) vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologic - eliberate conform Ordinului ministrului sănătății nr. [1456/2020](#) pentru aprobarea Normelor de igienă din unitățile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna și recreerea copiilor și tinerilor, cu modificările ulterioare;

g)certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, 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;

h)fișa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, ministrului sănătății și ministrului educației naționale nr. [1985/1305/5805/2016](#) privind aprobarea metodologiei pentru

evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale;

i) adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază;

j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

l) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

NOTA 1: Activitățile de suport sunt consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat 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. Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă asiguraților 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.

CAPITOLUL 3: C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI 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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile

prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. și pct. 1.2. subpct.1.2.4. și la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.

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 lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. și pct. 1.2. subpct. 1.2.4. din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 2:

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ANEXA nr. 3:

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară - model -

ANEXA nr. 4: CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor - model -

CAPITOLUL 1:

Vizat

Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)

între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență în limita a două luni/an.

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr. (numele și prenumele),
reprezentant legal al cabinetului medical,
cu sediul în municipiul/orașul, CUI,
str., nr., bl., sc., et., ap., jud./sector
....., telefon: fix, mobil,, adresa de email
..... fax, cu contract de furnizare de
servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de
Asigurări de Sănătate, cont nr.
deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca
....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare
..... sau codul numeric personal al reprezentantului legal
.....

Medicul înlocuit (numele și prenumele),
și

Medic înlocuitor (numele și prenumele),

Codul de parafă

Cod numeric personal

cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției:

1. Preluarea activității medicale a medicului de familie cu contractul nr., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie

2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului și se actualizează, după caz.

III. Motivele absenței

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an

2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic

3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an

4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an

5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an

6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective.

7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

8. concediu de sarcină/lăuzie.

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical - (al medicului înlocuit) -

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita", pe serviciu medical și pe serviciu medical diagnostic și terapeutic pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor lei/lună.

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și câte un exemplar revine părților semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,

.....
(nume și prenume)

Medicul înlocuitor

.....
(nume și prenume)

CAPITOLUL 2:

Vizat

Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE RECIPROCIȚATE *)

încheiată în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. **521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

*) Convenția de reciprocitate se încheie pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare.

I. Părțile convenției de reciprocitate:

Dr., cu CNP,
reprezentant legal al cabinetului medical,
C.U.I., cu sediul în localitatea, adresa
cabinetului medical județul/sectorul
....., telefon: adresa de e-mail,
având contractul nr., de furnizare de servicii medicale în
asistența medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
....., în calitate de medic înlocuit.

și

Dr., cu CNP,
reprezentant legal al cabinetului medical,
C.U.I., cu sediul în localitatea, adresa
cabinetului medical județul/sectorul
....., telefon: adresa de e-mail,
având contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară
încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, nr.
....., în calitate de medic înlocuitor.

II. Obiectul convenției:

Preluarea activității medicale în perioada, pentru un nr. de zile
lucrătoare.

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an

2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic
.....

3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an
.....

4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două
luni/an

5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație
medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul
Medicilor din România, în limita a două luni/an

6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii,
de a solicita prezența la instituțiile respective.

7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap
pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

IV. Locul de desfășurare a activității:

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical
....., adresa cabinetului

....., medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru după necesități.

▣V.Obligațiile medicului înlocuitor:

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații și formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

▣VI.Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. și câte un exemplar revine părților semnatare.

Medic înlocuit,

Medicul înlocuitor

.....
(nume și prenume)

.....
(nume și prenume)

▣VII.

Precizări: Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare, pe an calendaristic.

Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea.

▣ANEXA nr. 5: CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor - model -

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)

între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de două luni/an.

▣I.Părțile convenției de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str., nr., județul/sectorul, telefon: fix, mobil adresa e-mail fax, reprezentată prin Director general pentru

Medicul înlocuit (numele și prenumele) din cabinetul medical, cu sediul în municipiul/orașul/comuna, CUI, str., nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon/fax, adresa e-mail, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare, al cărui reprezentant legal este: (numele și prenumele), având codul numeric personal nr.

și

Medicul înlocuitor (numele și prenumele)

Codul de parafă

Cod numeric personal

Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr. sau contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr.

II. Obiectul convenției

Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contract nr., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă, care depășește două luni/an

2. concediu de sarcină sau lehzuzie

3. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani

4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, care depășește două luni/an

5. perioada în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate

6. perioada de rezidențiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate

7. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

8. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit)

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care își desfășoară activitatea.**)

**) Pentru situația în care preluarea activității s-a făcut de către un medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungește corespunzător, în funcție de necesități.

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligația față de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare și de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea medicul înlocuitor, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita", pe serviciu medical și pe serviciu medical diagnostic și terapeutic aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca/Trezoreria statului.

2. Pentru punctajul "per capita" și punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.

3. Termenul de plată

4. Documentul de plată

▣VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....
Director executiv al Direcției economice
.....
Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios

Medicul înlocuitor,
.....
De acord,
Reprezentant legal al cabinetului medical***)
.....

***) Cu excepția situațiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

▣ANEXA nr. 6:

CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară - model -

▣ANEXA nr. 7: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

▣CAPITOLUL 1: A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

▣1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală

1.2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei

▣1.1. Serviciile 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 specialitate.

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](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate 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. Se decontează 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.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. [423/2020](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

1.2.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

CAPITOLUL 2: B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală

1.2. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute, precum și acutizări ale bolilor cronice

1.3. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni cronice

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

1.6. Consultații de îngrijiri paliative

1.7. Servicii diagnostice și terapeutice

1.8. Servicii de sănătate conexe actului medical

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei

1.10. Servicii medicale în scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi și se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic.

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 specialitate. 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](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate 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.** Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au acordat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0-18 ani pentru care se decontează maximum 2 consultații.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0-16 ani, care se prezintă în regim de urgență la medicii din specialitățile clinice, aceștia pot elibera prescripții medicale pentru o perioadă de 3 zile.

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 specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

▣**1.2.** Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute precum și acutizări ale bolilor cronice, cuprinde:

a) anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) unele manevre specifice, teste și scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c) stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

d) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e) recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f) bilet de internare, după caz;

g) bilet de trimitere către alte specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz;

h) bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, după caz;

i) eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.2.1. Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se decontează maximum 3 consultații pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultații, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului,

indiferent de codul de diagnostic stabilit de către medicul de specialitate din specialitățile clinice.

1.2.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa nr. 13 din prezentul ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2.3. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

▣ **1.2.4.** Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultații pentru:

a) urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării

b) efectuarea unor manevre terapeutice

c) examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică

d) recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situațiile prevăzute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

▣ **1.2.5.** Consultațiile pentru bolile cu potențial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet pentru afecțiunile acute, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic și medicii cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

▣ **1.3.** Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni cronice, cuprind:

a) anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) unele manevre specifice, teste și scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c) stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

d) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e) recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f) evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

g) bilet de trimitere către alte specialități, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu/bilet de internare, după caz.

h) eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

1.3.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa nr. 13 la prezentul ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia și a patra consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultații pentru:

a) urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării

b) efectuarea unor manevre terapeutice

c) examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică

d) recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situațiile de la subpct. 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultație management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultație și efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialitățile clinice/recomandă, după caz, investigații paraclinice suplimentare față de cele recomandate de medicul de familie. În biletul de trimitere pentru investigații paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidențiază "management de caz". Se decontează maximum 2 consultații/semestru dacă în biletul de trimitere este evidențiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.3.6. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Consultațiile la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet pentru afecțiunile cronice, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic și medicii cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. [423/2020](#).

1.4.1. Se decontează o singură consultație per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a)** consilierea femeii privind planificarea familială;
- b)** indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;
- c)** evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar;
- d)** tratamentul complicațiilor.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la pct. 1.5 litera a) sau serviciile prevăzute la pct. 1.5 literele a)-d) și se decontează patru consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Consultații medicale de îngrijire paliativă

Consultația de îngrijiri paliative cuprinde:

- a)** anamneza, examenul clinic general, evaluare și examenul clinic specific supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- b)** manevre specifice, teste și scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;
- c)** stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- d)** recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;
- e)** recomandare pentru dispozitive pentru dispozitive medicale, conform prevederilor legale;
- f)** bilet de internare, după caz;
- g)** bilet de trimitere către alte specialități în ambulatoriu, după caz;
- h)** eliberare de certificat de concediu medical, după caz;
- i)** bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, conform prevederilor legale în vigoare, după caz.

1.6.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, elaborarea planului de îngrijire paliativă, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu nevoie de îngrijire paliativă, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 6 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 3 consultații pe lună.

1.6.2. Consultația medicală de îngrijiri paliative se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate.

1.7. Servicii diagnostice și terapeutice

Procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent și specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii	Specialități clinice care pot efectua serviciul respectiv
	A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	oftalmologie, neurologie și neurologie pediatrică numai pentru oftalmoscopie
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	obstetrică-ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pneumologie, nefrologie, medicină fizică și de reabilitare, genetică medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, reumatologie, endocrinologie, pediatrie
6	peak - flowmetrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, medicină fizică și de reabilitare, pediatrie
7	spirometrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pediatrie, medicină fizică și de reabilitare, pneumologie pediatrică
8	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv control pozitiv și negativ)	alergologie și imunologie clinică, dermatovenerologie
9	teste de provocare nazală, oculară, bronșică	alergologie și imunologie clinică, pneumologie
10	teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)	alergologie și imunologie clinică, dermatovenerologie
11	test la ser autolog	alergologie și imunologie clinică
12	testare cutanată la anestezice locale	alergologie și imunologie clinică, geriatrie și gerontologie, specialități chirurgicale
13	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)	alergologie și imunologie clinică
14	examinare cu lampa Wood	dermatovenerologie
15	determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare, cardiologie, cardiologie pediatrică, medici cu atestat de îngrijiri paliative
16	măsurarea forței musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrică, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare, reumatologie
17	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității discriminatorii)	neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie, ORL, medicină fizică și de reabilitare, medici cu atestat de îngrijiri paliative
18	recoltare material biptic	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică, genetică medicală, obstetrică ginecologie și urologie

19	Descărcare și interpretare rapoarte specifice dispozitivelor utilizate în gestionarea diabetului zaharat (dispozitive de monitorizare glicemică continuă, sisteme de infuzie subcutanată a insulinei - pompe de insulină, aplicații de monitorizare a valorilor glicemice)	diabet zaharat, nutriție și boli nutriție
20	Uroflowmetrie	urologie
	B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte	
1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmatometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcției binoculare (test worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	Audiogramă, ce include audiometrie tonală liminară și/sau vocală.	ORL
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)	cardiologie, medicină internă, cardiologie pediatrică
8	tensiune arterială continuă - holter TA	cardiologie, medicină internă, cardiologie pediatrică, nefrologie
9	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	cardiologie, cardiologie pediatrică
10	EEG standard	neurologie, neurologie pediatrică
11	spiogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
12	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, ortopedie și traumatologie, medicină fizică și de reabilitare
13	evaluarea cantitativă a răspunsului galvanic al pielii	neurologie și diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
14	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie, neurologie pediatrică
15	capilaroscopie	reumatologie
16	tomografie în coerență optică	oftalmologie
17	determinarea fracțiunii oxidului de azot din aerul expirat	pneumologie, pediatrie, alergologie și imunologie clinică
	C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte	
1	electromiograma/electroneurograma	neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică și de reabilitare, reumatologie
2	determinarea potențialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatrică, oftalmologie, ORL
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping	neurologie, neurologie pediatrică
4	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatrică
5	colposcopia	obstetrică-ginecologie
6	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice	cardiologie, medicină internă, nefrologie
7	dermatoscopie*)	dermatovenerologie
8	body pletismografia cu măsurarea difuziunii prin membrana alveolo-capilară a monoxidului de carbon	pneumologie
	D. Proceduri diagnostice de complexitate superioară: punctaj 100 puncte	
1	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, gastroenterologie pediatrică, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie

		să facă dovada deținerii competenței/atestatului de studii complementare
2	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de studii complementare
3	puncție biopsie mamară ghidată ecografic	chirurgie generală, obstetrică-ginecologie, oncologie medicală cu atestat/competență în senologie imagistică, radioterapie cu atestat/competență în senologie imagistică
	E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte	
1	extracție de corpi străini - conjunctivă, corneă, scleră, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratamentul chirurgical al pingueculi	oftalmologie
4	tratamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;	oftalmologie
6	injectare subconjunctivală, retrobulbară, de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior și/sau anterior ORL	ORL
10	extracție corpi străini: conduct auditiv extern (inclusiv a dopului de cerumen), nas, faringe;	ORL
11	aspirația și lavajul sinusului nazal prin puncție	ORL
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14	terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale	obstetrică-ginecologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
15	insertia dispozitivului intrauterin	obstetrică-ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie
18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscențe plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică, ortopedie pediatrică, ortopedie și traumatologie, obstetrică-ginecologie, urologie
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și II	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică, ortopedie și traumatologie
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
22	terapia chirurgicală a panarițiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică,
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică

24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generală chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică,
26	terapia chirurgicală a panarițiului osos, articular, tenosinova	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
28	terapia chirurgicală a edemului dur și seromului posttraumatic	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă chirurgie pediatrică
31	terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, obstetrică-ginecologie, chirurgie toracică, chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie, urologie, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
32	tratamentul plăgilor	specialități chirurgicale
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatrică, chirurgie generală
34	tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioza	obstetrică-ginecologie, chirurgie generală
35	extracție dispozitiv intrauterin	obstetrică-ginecologie
	F. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe: punctaj 25 puncte	
1	tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4	extragere fibroscopică de corpi străini din căile respiratorii superioare	ORL
5	manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col	obstetrică-ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrică-ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrică-ginecologie
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, obstetrică-ginecologie și urologie
9	terapia chirurgicală complexă a panarițiului osos, articular, tenosinova	chirurgie generală
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	specialități chirurgicale
11	terapia chirurgicală a hematomului	specialități chirurgicale

12	dilatația stricturii uretrale	urologie, chirurgie generală
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală	oftalmologie
14	tratament tumori exulcerate, suprainfectate	medici cu atestat de îngrijiri paliative, chirurgie generală
15	îngrijire complicații stome, fistule tumorale	medici cu atestat de îngrijiri paliative, chirurgie generală
16	tratamentul limfedemului	medici cu atestat de îngrijiri paliative
17	extragerea endoscopică a stentului ureteral prin uretrocistoscopie flexibilă	urologie
18	montarea/schimbarea cateterului uretro-vezical/cistostomiei/nefrostomiei	urologie
19	instilarea de soluții medicamentoase în vezica urinară prin cateterizare temporară	urologie, oncologie
20	Imunoterapia specifică cu vaccinuri alergenice standardizate cu administrare subcutanată	alergologie și imunologie clinică
G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple: punctaj 7 puncte		
1	aerosoli/ședință (maxim 3 ședințe)	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, pediatrie, ORL, medicină fizică și de reabilitare, medici cu atestat de îngrijiri paliative
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitățile clinice, inclusiv medici cu atestat de îngrijiri paliative
4	educație terapeutică și nutrițională a pacientului cu diabet zaharat	diabet zaharat, nutriție și boli de nutriție
H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie: punctaj 11 puncte		
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locală sau generală/ședință (maxim 4 ședințe/săptămână)	dermatovenerologie
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/ședință (maxim 4 ședințe/săptămână)	dermatovenerologie
3	mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară	neurologie, neurologie pediatrică, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare, medici cu atestat de îngrijiri paliative
4	probe de repoziționare vestibulară	ORL, neurologie, neurologie pediatrică
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate	alergologie și imunologie clinică
6	administrare tratament prin puncție intravenoasă	toate specialitățile clinice, inclusiv medici cu atestat de îngrijiri paliative
7	infiltrații nervoase regionale	anestezie și terapie intensivă, oftalmologie, ORL, chirurgie generală, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, obstetrică-ginecologie, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculară, medicină fizică și de reabilitare, chirurgie orală și maxilo-facială
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient	anestezie și terapie intensivă, medici cu atestat de îngrijiri paliative
I. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe: punctaj 14 puncte		
1	puncții și infiltrații intraarticulare	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, geriatrie și gerontologie, medicină fizică și de reabilitare, reumatologie
2	instilația uterotubară terapeutică	obstetrică-ginecologie

3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinică)	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică și de reabilitare
4	evaluare funcțională instrumentală cu dispozitive mecatronice și/sau senzori inerțiali, actuatori etc.	medicină fizică și de reabilitare
5	tratament intraarticular cu plasma îmbogățită cu trombocite (PRP)	medicină fizică și de reabilitare
J. Tratamente ortopedice medicale: punctaj 20 puncte		
1	tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrățului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației pateleii, umărului; disjunctie acromioclaviculară; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
4	tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
5	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
6	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
7	tratamentul fracturii amielice fără deplasare a coloanei vertebrale	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
K. Terapii psihiatrice **): punctaj 30 puncte		
1	consiliere psihiatrică nespecifică individuală și familială	
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv - compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții) ***)	
3	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv - compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist) ***)	
4	terapia cognitiv - comportamentală ***)	
L. Terapii de genetică medicală ****): punctaj 30 puncte		
1	Sfat genetic	

*) Se decontează pentru un pacient o dată la 6 luni în cazul în care nu sunt identificate leziuni; se decontează pentru un pacient o dată pe lună, în cazul în care au fost identificate leziuni suspecte.

**) Terapiile psihiatrice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Terapiile psihiatrice acordate la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor diagnostice și terapeutice acordate la cabinet.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic vor consemna terapiile psihiatrice acordate la distanță în fișa pacientului, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

***) Pot fi acordate numai de către medicii de specialitate cu specialitatea clinică psihiatrie/psihiatrie pediatrică certificați conform prevederilor legale în vigoare.

****) Sfatul genetic poate fi acordat și la distanță, prin orice mijloace de comunicare.

Sfatul genetic furnizat la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor diagnostice și terapeutice acordate la cabinet.

1.8. Serviciile de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie și psihopedagogie specială - logopezi și fizioterapeuți și pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii care acordă servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și cu medicii de specialitate, cu următoarele specialități clinice:

- a)** neurologie și neurologie pediatrică;
- b)** otorinolaringologie;
- c)** psihiatrie și psihiatrie pediatrică;
- d)** reumatologie;
- e)** ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;
- f)** oncologie medicală;
- g)** diabet zaharat, nutriție și boli metabolice;
- h)** hematologie;
- i)** nefrologie și nefrologie pediatrică;
- j)** oncologie și hematologie pediatrică;
- k)** cardiologie;
- l)** pneumologie;
- m)** medicină fizică și de reabilitare.
- n)** genetică medicală;
- o)** radioterapie;
- p)** cardiologie pediatrică;
- q)** chirurgie cardiovasculară;
- r)** chirurgie orală și maxilo-facială;
- s)** chirurgie pediatrică;
- ș)** endocrinologie;
- t)** gastroenterologie pediatrică;
- ț)** pediatrie;
- u)** pneumologie pediatrică.

1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

Servicii de sănătate conexe actului medical:	Tarif pe serviciu de sănătate conex actului medical - puncte -
a) Neurologie și neurologie pediatrică:	
a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
a1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic;	30 puncte/ședință
a1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți;	30 puncte/ședință
a1.3) psihoterapie pentru copii/adult;	30 puncte/ședință
a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;	30 puncte/ședință
a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeuți	
a3.1) kinetoterapie individuală;	20 puncte/ședință

a3.2) kinetoterapie de grup;	10 puncte/ședință
a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate.	10 puncte/ședință
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
b1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
b1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:	
b2.1) consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	30 puncte/ședință
b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	30 puncte/ședință
c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrică:	
c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
c1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
c1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți	30 puncte/ședință
c1.3) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist; Notă: până la intrarea în vigoare a Normelor tehnice de realizare a Programelor curative de sănătate, respectiv a Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu TSA	30 puncte/ședință
c1.4) psihoterapia copilului și familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică)	30 puncte/ședință
c1.5) psihoterapie pentru copii/adult; Notă: pentru copii, se decontează numai pentru alte afecțiuni decât TSA.	30 puncte/ședință
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	30 puncte/ședință
c3) Servicii furnizate de fizioterapeut: (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2:	
c3.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
c3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
d) Reumatologie:	
d1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii cu afecțiuni reumatice:	
d1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
d1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
d2) Servicii furnizate de fizioterapeut:	
d2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
d2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință

d2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică:	
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
e1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
e2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
e3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
f) Oncologie medicală:	
f1) Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice:	
f1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
f1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
f2) Servicii furnizate de fizioterapeut: masajul limfedemului	20 puncte/ședință
g) Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii și adulți cu diagnostic confirmat de diabet zaharat:	
g1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
g2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
h) Hematologie:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice:	30 puncte/ședință
h1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
h2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
i) Nefrologie și nefrologie pediatrică:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii și adulți cu insuficiență renală cronică - dializă	
i1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
i2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
j) Oncologie și hematologie pediatrică:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii cu afecțiuni oncologice	
j1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
j2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
k) Cardiologie:	
k1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid-19 sau agravări post infecție Covid-19	
k1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
k1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
k2) Servicii pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid-19 sau agravări post infecție Covid-19, furnizate de fizioterapeut:	

k2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
k2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
k2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
l) Pneumologie:	
l1) Servicii pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid-19 sau agravări post infecție Covid-19, furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
l1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
l1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
l2) Servicii pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid-19 sau agravări post infecție Covid-19, furnizate de fizioterapeut:	
l2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
l2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
l2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
m) Medicină fizică și de reabilitare:	
m1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
m1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
m1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
m2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped	
m2.1) consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	30 puncte/ședință
m2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	30 puncte/ședință
m3) Servicii furnizate de fizioterapeut:	
m3.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
m3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
m3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
m3.4) masajul limfedemului	20 puncte/ședință
n) Îngrijiri paliative:	
n1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
n1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
n1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți	30 puncte/ședință
n1.3) psihoterapie pentru copii/adulți	30 puncte/ședință
n2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;	30 puncte/ședință
n3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
n3.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință

n3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
n3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
n3.4) masajul limfedemului	20 puncte/ședință
o) Genetică medicală:	
Serviciile pentru copii cu afecțiuni genetice, furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru afecțiunile pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
o1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
o2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
p) Radioterapie:	
Serviciile pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice, furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru afecțiunile pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
p1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
p2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
q) Cardiologie pediatrică:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru afecțiunile pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
q1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
q2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
r) Chirurgie cardiovasculară:	
Servicii pentru copii cu malformații congenitale ale sistemului circulator sau cu afecțiuni dobândite cu rezolvare chirurgicală cardiovasculară (spre exemplu: endocardite, traumatisme cardiovasculare, etc), furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
r1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
r2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
s) Chirurgie orală și maxilo-facială:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru afecțiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică - consiliere psihologică clinică pentru copii	
s1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
s2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
ș) chirurgie pediatrică:	
ș1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru copii cu următoarele afecțiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică: - Abuz (fizic, emoțional, sexual), - Traumatisme; Heteroagresiuni și Autoagresiuni corporale (tentative suicid), - Afecțiuni cronice:	
- Oncologice,	
- Urinare:	
- Extrofie de cloaca, extrofie de vezică, - Stome urinare,	

		- Malformații genitale	- Hipospadias, - Epispadias, - Tulburări de diferențiere sexuală,	
- Digestive:		- Boli inflamatorii intestinale, - Stome digestive, - Sindrom intestin scurt,		
- Boli hepato-bilio-pancreatice		- Atrezie de căi biliare, - Dilatații congenitale de căi biliare, - Pancreatite,		
- Transplant renal,				
- Transplant hepatic,				
- Afecțiuni chirurgicale acute, - Dificultăți de alimentație (ex. Reflux gastroesofagian) - Tulburări de continență urinară și fecală, - Malformații cranio-faciale - Despicătura de buză și/sau palat, - Malformații congenitale toracice, abdominale, genito-urinare, - Pacienții cu organ pereche unic (testicul unic, ovar unic, rinichi unic etc).				
§1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic				30 puncte/ședință
§1.2) consiliere psihologică clinică				30 puncte/ședință
§2) servicii conexe furnizate de fizioterapeut				
§2.1) kinetoterapie individuală				20 puncte/ședință
§2.2) kinetoterapie de grup				10 puncte/ședință
§2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate				10 puncte/ședință
t) Endocrinologie:				
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru copii cu următoarele afecțiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică: - Tulburări de dezvoltare sexuală, - Pubertate precoce, - Disfuncții tiroidiene, - Deficiențe staturale, - Obezitate, - Tumori ale glandelor endocrine, - Insuficiență hipofizară.				
t1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic				30 puncte/ședință
t2) consiliere psihologică clinică				30 puncte/ședință
ț) Gastroenterologie pediatrică:				
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru copii cu următoarele afecțiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică: - Boala inflamatorie intestinală, - Boala celiacă, - Sindromul intestinului scurt/Insuficiență intestinală, - Alergii alimentare, - Hepatopatii cronice, - Post transplant hepatic, - Boala de reflux gatsroesofagian cu/fără esofagită, - Gastrită cronică, - Esofagită, gastroenteropatia eozinofilică, - Tulburări gastrointestinale funcționale sugar/copil mic, - Tulburări gastrointestinale funcționale copil/adolescent, - Malformații congenitale digestive,				

- Tulburări de alimentație, - Purtătorii de stome.	
ț1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
ț2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
u) Pediatrie:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru copii cu afecțiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
u1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
u2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
v) pneumologie pediatrică:	
v1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, pentru copii cu afecțiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
v1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte/ședință
v1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/ședință
v2) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
v2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
v2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
v2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință

1.8.2. Serviciile de kinetoterapie și masajul limfedemului se acordă conform unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11 B; în vederea întocmirii "Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare" de către medicii de medicină fizică și de reabilitare, medicii de specialitate care recomandă servicii conexe acordate de către fizioterapeut eliberează bilet de trimitere pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare.

1.8.3. Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, se acordă la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicală, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinică, respectiv medicul cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative și psiholog/logoped. Medicul de specialitate clinică, respectiv medicul cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative are obligația să argumenteze în scrisoarea medicală recomandarea serviciilor furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială - logoped.

Asiguratul care, cu acordul pacientului cu afecțiuni oncologice în vârstă de peste 18 ani, îl însoțește pe acesta la intervenții chirurgicale și tratamente prescrise de medicul specialist, în fiecare an în care primește concedii pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice, are dreptul la minimum o ședință de evaluare psihologică clinică și minimum cinci ședințe de consiliere psihologică clinică, potrivit prevederilor art.

30¹ din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. **158/2005** privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate.

Medicul de specialitate sau medicul cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative care eliberează concedii pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice reprezintă specialistul care solicită servicii furnizate de psiholog prin scrisoare medicală pentru acești asigurați.

Serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Serviciile conexe acordate la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor conexe acordate la cabinet.

1.8.4. O ședință acordată de un psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, respectiv de un psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, are durata de minimum 50 de minute.

1.8.5. O ședință de kinetoterapie acordată de un fizioterapeut are durata de minimum 45 de minute.

1.8.6. Masajul limfedemului are o durată de minimum 50 de minute și se efectuează de către fizioterapeuții care atestă pregătirea profesională pentru drenaj limfatic manual.

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei-o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.9.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

1.10. Servicii medicale în scop diagnostic - caz și condițiile de acordare. Aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi, se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii.

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 Detectia Streptococului de grup B (S34-S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii	30 minute	733 lei
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă	30 minute	450 lei

	deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	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 (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		
3.	Screening prenatal (S11-S19+6 zile) *2)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrativă a rezultatelor) Dublu test/triplu test Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11-S19+6 zile)	45 minute	639 lei
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	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	30 minute	163 lei
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	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	30 minute	165 lei
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III) *3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Cardiotocografie Ecografie obstetricală și ginecologică	30 minute	164 lei
7.	Depistarea precoce a cancerului de sân *4)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Comunicare rezultat	45 minute	238 lei
8a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5a)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	60 minute	342 lei
8b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5b)	Consult chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Mamografie digitală *10) Mamografie cu tomosinteză unilateral Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	75 min	702 lei
9.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV	30 minute	198 lei

	displazice ale colului uterin*6)	Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate		
9a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânelui identificate mamografic și ecografic *6a)	Puncție biopsie mamară ghidată ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (1-3 blocuri) *10a) Teste imuno-histochimice *10a) Comunicare rezultat	45 min	953 lei
9b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânelui identificate mamografic și/sau ecografic *6b)	Puncție biopsie mamară cu vacuum ghidată mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic *10a) Examen imunohistochimic *10a) Comunicare rezultat	60 min	3.080 lei
10.	Depistarea și 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	30 minute	244 lei
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie *8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	45 minute	251 lei
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)	45 minute	453 lei

*1) Serviciile de la poz. 1 și 2 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă pentru aceeași sarcină a aceleiași paciente. Specialități care acordă serviciul de la poz. 1 și 2:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;

- paraclinice: medicină de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzător pozițiilor 1 și 2 se contractează de unitățile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează consultația de specialitate și ecografia de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii, precum și laborator de analize medicale pentru efectuarea tuturor analizelor medicale prevăzute în cadrul pachetului.

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

Consultația medicală de specialitate obstetrică-ginecologie cuprinde:

- anamneză;
- examenul clinic general;
- examen ginecologic și obstetrical complet;
- recomandarea efectuării investigațiilor paraclinice și interpretarea integrativă a rezultatelor acestora;
- evaluarea factorilor de risc medicali și/sau obstetricali și ierarhizarea cazului;
- recomandări privind supravegherea evoluției sarcinii;
- recomandări privind măsurile igienico-dietetice și profilactice și, după caz, terapeutice în cazul identificării unei patologii asociate sarcinii.

Acordarea pachetului de servicii medicale corespunzător pozițiilor 1 și 2 și rezultatele acestuia se consemnează complet și la zi în evidențele obligatorii ale furnizorului de servicii, precum și în scrisoarea medicală și Carnetul gravidei, documente care se înmânează acesteia sub semnătura de primire.

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.

*2) Specialități care acordă serviciul de la poz. 3:

- clinice: obstetrică-ginecologie; medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică sau supraspecializării în medicina materno-fetală;

- paraclinice: medicină de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzător poziției 3 se contractează numai de unitățile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează ecografia pentru depistarea anomalii fetale S11-S19 + 6 zile și laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului/triplului test, în funcție de vârsta gestațională.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale 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, 2 sau 1 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice nr. [1881/2006](#), cu modificările și completările ulterioare.

Specialități care acordă serviciile corespunzătoare poz. 4, 5 și 6:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;

- paraclinice: medicină de laborator

*4) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.

În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat/competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale și a interpretării mamografiei în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Serviciile de la poziția 7 se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat negativ la interpretarea mamografiilor digitale.

*5a) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.

În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat/competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, a interpretării mamografiei și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Serviciile de la poziția 8a se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale.

*5b) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă leziuni și densități asimetrice la interpretarea mamografiei digitale sau/și;
3. necesită evaluarea potențialelor distorsiuni arhitecturale și diferențierea acestora față de țesutul glandular sau/și;
4. prezintă suspiciunea unei densități acoperită de țesutul glandular.

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.

În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat/competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, interpretării mamografiei, efectuării și interpretării mamografiei cu tomosinteză unilateral și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de screening specifică, în scopul depistării precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Serviciile de la poziția 8b se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale și care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru mamografie digitală cu tomosinteză.

*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 și 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.

Se efectuează prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

În cazul unui rezultat pozitiv la femeile cu vârsta cuprinsă între 35 și 64 ani se indică triaj citologic.

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

Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății. Serviciul se validează după consultația a II-a în cadrul căreia se comunicarea rezultatului și se indică conduită în funcție de rezultat; serviciul se efectuează cu

raportarea obligatorie a rezultatului la test se raportează către programul național de screening pentru cancerul de col uterin (de la laborator).

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.

*6a) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă imagistic leziuni infraclinice ale sânelui

În vederea validării în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, medicul care efectuează procedura de biopsie, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare ghidate ecografic și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*6b) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și/sau ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă imagistic leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânelui

În vederea validării în cadrul screeningului pentru cancerul de sân, medicul care efectuează procedura, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare cu vacuum și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*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. Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății.

*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. Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății.

*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.

*10) Tariful pentru serviciul de la pozițiile 7, respectiv 8a/8b, este același, indiferent dacă mamografia digitală/ecografia de sân, după caz, se efectuează pentru un sân sau pentru ambii sâni.

*10a) Tariful pentru serviciul de la poziția 9a/9b este pentru o procedură de puncție biopsie a sânului și testele histopatologice și imunohistochimice aferente acestora.

NOTA 1a. _

- tehnicienii radiologi care efectuează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durată minimă de 40 ore de pregătire;

- medicii care interpretează mamografiile digitale, și medicii care efectuează ecografii mamare în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durată minimă de 60 ore de pregătire;

- cel puțin unul din medicii care interpretează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe de senologie imagistică iar celălalt este necesar să aibă specialitatea radiologie imagistică medicală;

- medicii care interpretează mamografia digitală cu tomosinteză în cadrul serviciilor de la poziția 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică;

- medicii care efectuează ecografie mamară în cadrul serviciilor de la pozițiile 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică.

NOTA 1b. Serviciile de la poziția 7 se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA 1c. Serviciile de la poziția 7 se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *4). În cazul în care serviciile de la poziția 7 nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi, pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării acestora de către un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *4).

NOTA 1d. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA 1e. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).

În cazul în care serviciile de la pozițiile 8a, 8b nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării de către un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).

NOTA 2a. _

- medicii din specialitățile chirurgie generală, obstetrică ginecologie, respectiv oncologie medicală, radioterapie și radiologie și imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la

poziția 9a, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durată minimă de 60 ore de pregătire;

- medicii din specialitățile oncologie medicală, radioterapie și radiologie și imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9a, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică;

- medicii care efectuează puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durată minimă de 60 ore de pregătire, să aibă permis CNCAN nivel 2 (pentru puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic) și să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică;

- medicii din specialitatea anatomopatologie care efectuează testele histopatologice și imunohistochimice aferente puncției biopsie a sânelui în cadrul serviciilor de la poziția 9a, 9b trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de anatomopatologie a leziunilor sânelui în cadrul depistării precoce a cancerului de sân cancerului de sân, cu durată minimă de 60 ore de pregătire.

NOTA 2b. Serviciile de la poziția 9a se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu ghidaj ecografic, cu marcaj aplicat și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA 2c. Serviciile de la poziția 9b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu vacuum cu ghidaj mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

2.Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate

Nr. crt.	Denumirea specialității
1	Alergologie și imunologie clinică
2	Anestezie și terapie intensivă
3	Boli infecțioase
4	Cardiologie
5	Cardiologie pediatrică
6	Chirurgie cardiovasculară
7	Chirurgie generală
8	Chirurgie orală și maxilo-facială
9	Chirurgie pediatrică
10	Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
11	Chirurgie toracică
12	Chirurgie vasculară
13	Dermatovenerologie
14	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
15	Endocrinologie
16	Gastroenterologie
17	Gastroenterologie pediatrică
18	Genetică medicală
19	Geriatrică și gerontologie

20	Hematologie
21	Medicină internă
22	Nefrologie
23	Nefrologie pediatrică
24	Neonatologie
25	Neurochirurgie
26	Neurologie
27	Neurologie pediatrică
28	Oncologie medicală
29	Oncologie și hematologie pediatrică
30	Obstetrică-ginecologie
31	Oftalmologie
32	Otorinolaringologie
33	Ortopedie și traumatologie
34	Ortopedie pediatrică
35	Pediatrie
36	Pneumologie
37	Pneumologie pediatrică
38	Psihiatrie
39	Psihiatrie pediatrică
40	Radioterapia
41	Reumatologie
42	Urologie
43	Medicină fizică și de reabilitare

3. Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice.

Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice de la data la care acesta se implementează.

4. Numărul de puncte pe consultație, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	32,40 puncte	
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4 ani	21,60 puncte	
e. Consultația de planificare familială	10,80 puncte	
f. Consultația de neurologie, respectiv de medicină fizică și de reabilitare a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	21,60 puncte	
g. Consultația de neurologie, de medicină fizică și de reabilitare peste vârsta de 4 ani	14,40 puncte	
h. Consultația pentru îngrijiri paliative	21,60 puncte	

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în

grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste, numărul de puncte corespunzător consultației se majorează cu 2 puncte.

5. Pentru supraspecializarea/competența/atestatul de studii complementare în planificare familială și în îngrijiri paliative se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. [521/2023](#), și a prezentului ordin.

6. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în anexa nr. 17 la prezentul ordin ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurării pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la prezentul ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

7. În situația în care un medic are o specialitate/mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, cât și supraspecializare/competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

8. Servicii de acupunctură - consultații cură de tratament

În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

8.1. Consultația de acupunctură: se decontează o singură consultație pentru fiecare cură de tratament cu un tarif de 30 lei.

8.2. Cura de tratament/caz: se decontează maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 280 lei.

8.3. Consultațiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

9. În baza supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie, care au obținut supraspecializare/competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrează exclusiv în această activitate pot încheia contract de furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Medicii de familie cu liste proprii de persoane înscrise aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate

pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot desfășura activitate medicală în baza supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, în ambulatoriul clinic de specialitate, cu o fracțiune de normă.

CAPITOLUL 3: C. Pachetul de servicii în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului economic european/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului 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, cu modificările și completările ulterioare, și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere 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/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă, sau după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă, se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

ANEXA nr. 8:

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative

ANEXA nr. 9:

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative - model -

ANEXA nr. 10:

CAPITOLUL 1: A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

"Servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu-serii de proceduri"

1.1.Procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în ambulatoriu, precum și perioadele pentru care se pot acorda sunt:

Nr. crt.	PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ÎN AMBULATORIU
1.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenți diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenți medie frecvență/interferențiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde
10.	Curenți de înaltă frecvență pulsatilă
11.	Ultrasonet
12.	Combinăție de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență
13.	Magnetoterapie
14.	Laserterapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenți cu impulsuri rectangulare
18.	Curenți cu impulsuri exponențiale
19.	Contractia izometrică electrică
20.	Stimulare electrică funcțională/neuromusculară
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duș subacval
24.	Aplicații de termoterapie locoregională (parafină, termopack)
25.	Băi sau pensulații cu parafină
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limf masaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizație cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală

33.	Hidrokinetoterapie individuală parțială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Tracțiuni vertebrale și articulare
36.	Manipulări vertebrale
37.	Manipulări articulații periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatură specială cu dispozitive mecanice, electromecanice și robotizate
39.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40.	Băi de plante
41.	Băi de dioxid de carbon și bule
42.	Băi de nămol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu nămol
46.	Împachetare parțială cu nămol
47.	Aplicație de unde de șoc extracorporale
48.	Aplicație de oscilații profunde
49.	Speleoterapia/Salinoterapia
50.	TECAR
51.	Respirație la presiune pozitivă
52.	Masaj pneumatic al extremităților
53.	Crioterapie
54.	Kinetoterapie cu IATSM

Procedurile de la pct. 39-46 sunt efectuate numai în stațiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de medicină fizică și de reabilitare în Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este stabilit în Anexa nr. 11 B din prezentul ordin.

1.1.1. Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția pacienților cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral în primele 4 luni, pentru paralizie cerebrală, pentru pacientele cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare și pentru pacientele cu anexectomie, pentru marii arși în primele 4 luni de la externare, când se decontează proceduri medicale specifice de medicină fizică și de reabilitare pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

1.1.2. Seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu stabilită de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare în Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, decontată pentru un asigurat include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare ce se desfășoară în stațiunile balneoclimatice se decontează maximum 4 proceduri/zi.

1.2. Lista afecțiunilor, pentru care pot fi acordate servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu este:

Nr. crt.	AFECȚIUNI
1.	Afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic la adulți și copii
2.	Afecțiuni ale joncțiunii neuromusculare, și miopatii
3.	Boli cardio-vasculare
4.	Afecțiuni ale căilor respiratorii, boli pulmonare restrictive și obstructive

5.	Artropatii inflamatorii, degenerative și metabolice
6.	Afecțiuni ale coloanei vertebrale
7.	Afecțiuni abarticulare
8.	Tulburări de statică, vertebrală și periferică
9.	Afecțiuni ortopedice și post-traumatice
10.	Status post intervenții chirurgicale (cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice, etc.)
11.	Status post COVID-19
12.	Afecțiuni oncologice
13.	Status post-combustional
14.	Afecțiuni uro-genitale
15.	Afecțiuni metabolice și endocrine
16.	Afecțiuni digestive

1.3. Serviciile de medicină fizică și de reabilitare se acordă pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de către medicii de medicină fizică și de reabilitare al cărui model se regăsește în anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

1.4. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 50 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă, cu excepția pozițiilor 1, 28-29, 32-34, 38 și 54. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28-29, 32-34, 38 și 54. Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc după cum urmează:

- 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26-29, 32, 33-34, 38 și 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26-29, 32-34, 38 și 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- o procedură dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26-29, 32-34, 38 și 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;
- 2 proceduri dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26-29, 32, 32-34, 38 și 54, tariful pe zi este de 80 lei.

Nu se decontează de casele de asigurări de sănătate serviciile de medicină fizică și de reabilitare atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building).

CAPITOLUL 2: B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI 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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare, acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model se regăsește în anexa nr. 11 B la prezentul ordin, 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/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model se regăsește în anexa nr. 11 B la prezentul ordin, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 11:

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

ANEXA nr. 12:

CONTRACT de furnizare de servicii medicale în asistența medicală pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

ANEXA nr. 13: LISTA cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

(1)

- 1.** Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
- 2.** Malformații congenitale și boli genetice
- 3.** Boala cronică de rinichi - faza predializă
- 4.** Insuficiență cardiacă cronică

- 5.**Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
- 6.**Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
- 7.**Aplazia medulară
- 8.**Anemii hemolitice endo și exo-eritrocitare
- 9.**Trombocitemia hemoragică
- 10.**Histiocitozele
- 11.**Telangiectazia hemoragică ereditară
- 12.**Purpura trombopenică idiopatică
- 13.**Trombocitopatii
- 14.**Purpura trombotică trombocitopenică
- 15.**Boala von Willebrand
- 16.**Coagulopatiile ereditare
- 17.**Boala Wilson
- 18.**Malaria
- 19.**Tuberculoza
- 20.**Boala Addison
- 21.**Diabet insipid
- 22.**Tulburări psihice (grup diagnostic schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante, grup diagnostic tulburări ale dispoziției, autism, ADHD, boli psihice la copii), tulburare obsesiv-compulsivă, tulburări de neurodezvoltare la copii și adulți, tulburare posttraumatică de stres, tulburări specifice de personalitate.
- 23.**Miastenia gravis
- 24.**Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
- 25.**Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
- 26.**Risc obstetrical crescut la gravide
- 27.**Astm bronșic
- 28.**Boli degenerative ale ochiului (glaucom și boli maculare)
- 29.**Statuspost AVC
- 30.**Boala celiacă la copil
- 31.**Boala cronică inflamatorie intestinală (boala Crohn și colita ulceroasă)
- 32.**Sindromul Schwachmann
- 33.**Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D și ciroza hepatică în tratament cu imuno-modulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
- 34.**Boala Hirschprung
- 35.**Bolile nutriționale la copii (malnutriția protein-calorică la sugar și copii, anemiile carentiale până la normalizare hematologică și biochimică) și obezitatea pediatrică
- 36.**Bronșiectazia și complicațiile pulmonare supurative
- 37.**Scleroza multiplă
- 38.**Demențe degenerative, vasculare, mixte
- 39.**Starea posttransplant
- 40.**Insuficiența renală cronică - faza de dializă
- 41.**Bolile rare prevăzute în Programele naționale cu scop curativ
- 42.**Afecțiuni oncologice și oncohematologice
- 43.**Diabetul zaharat cu sau fără complicații
- 44.**Boala Gaucher
- 45.**Boala Graves-Basedow și alte forme de hipertiroidism

- 46.Dermatită atopică
- 47.Boala Cushing
- 48.Paraliziile cerebrale
- 49.Epilepsia
- 50.Boala Parkinson
- 51.Poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă, psoriazis cronic sever
- 52.Afecțiuni ale copilului 0-1 an
- 53.Anomalii de mișcare binoculară (strabism, forii) copii 0-18 ani
- 54.Vicii de refracție și tulburări de acomodare copii 0-18 ani
- 55.Afecțiuni ale aparatului lacrimal (0-3 ani)
- 56.Infarctul intestinal operat
- 57.Arteriopatii periferice operate
- 58.Insuficiență respiratorie cronică severă
- 59.Hemofilie, deficitul congenital de factor VII, trombastenia Glanzmann, talasemie
- 60.Sifilisul genital primar și sifilisul secundar al pielii și mucoaselor
- 61.HIV/SIDA
- 62.Hemipareze, parapareze și tetrapareze indiferent de etiologie.

☐(2)_

1.NOTA 1: Prezentarea la medicul/medicii din specialitatea/specialitățile care tratează afecțiunile de mai sus se face direct fără bilet de trimitere.

2.NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie să informeze, cel puțin o dată pe an, medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit sau nu schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.

3.NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidențiat management de caz.

☐ANEXA nr. 14: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

☐CAPITOLUL 1: A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei -	Suma decontată de CAS		
			Copii 0-18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1. *)	Consultație - include controlul oncologic stomatologic, evidențierea plăcii bacteriene prin colorare, după caz și planul de tratament *) Se decontează o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani și o consultație la 6 luni pentru copiii până la 18 ani.	149	100%	100%	100%
2.	Tratamentul cariei simple	157	100%	100%	100%
2.1.	Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	207	100%	60%	100%
2.2.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare/dinte	196	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie	269	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	78	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	314	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	190	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie	131	100%	100%	100%

7.1.	Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale	76	100%	60%	100%
8.	Extracția dinților temporari cu anestezie	76	100%	60%	100%
9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie	162	100%	60%	100%
10. **)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei **) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintel respectiv, nu este decontat de casa de asigurări de sănătate	112	100%	100%	100%
11.	Decapuşonarea	87	100%		
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	86	100%	100%	100%
13. ***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă ***) Se decontează o dată la 4 ani.	1145		100%	100%
13.1. ****)	Reparație proteză ****) Se decontează de două ori pe an.	138		100%	100%
13.2. ****)	Rebazare proteză ****) Se decontează de două ori pe an	202		100%	100%
14.	Element protetic fizionomic	224	100%	60%	100%
15.	Element protetic semi-fizionomic	258	100%	60%	100%
16.	Reconstituire coroană radiculară	263	100%	60%	100%
17. *****)	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	866	100%		
18.	Reeducarea funcțională prin exerciții, miogimnastică, etc./ședință	22	100%		
19. *****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale *****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.	1.094	100%		
20.	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	28	100%		
21. *****)	Reparație aparat ortodontic *1) Se decontează pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă *****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.	583	100%	100%*1)	
22.	Mentținătoare de spațiu mobile	656	100%		
23. *****)	Sigilare/dinte *****) O procedură decontată la 2 ani.	108	100%		
24.	Fluorizare (pe o arcadă dentară) *2) se decontează pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 14 ani	94	100%*2)		
25.	Detartraj cu ultrasunete și periaj profesional/ambele arcade/un serviciu/an/CNP	150	100%	100%	100%

NOTĂ: În cadrul grupei de vârstă peste 18 ani - numai pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții - doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4-6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști și dacă nu realizează venituri din muncă, casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară pentru care în tabelul de mai sus este prevăzut procentul de 60%.

1.Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști/medicii stomatologi, cu excepția celor de la codurile 17, 19 și 21 din tabel.

2.Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la codurile 2.2, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13.1, 13.2 și 21 din tabel.

3.Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 2.1, 4, 23 și 25 din tabel.

4.Formula dentară:

Dinți permanenți:

- 11 - incisiv central dreapta sus
- 12 - incisiv lateral dreapta sus
- 13 - canin dreapta sus
- 14 - primul premolar dreapta sus
- 15 - al doilea premolar dreapta sus
- 16 - primul molar dreapta sus
- 17 - al doilea molar dreapta sus
- 18 - al treilea molar dreapta sus
- 21 - incisiv central stânga sus
- 22 - incisiv lateral stânga sus
- 23 - canin stânga sus
- 24 - primul premolar stânga sus
- 25 - al doilea premolar stânga sus
- 26 - primul molar stânga sus
- 27 - al doilea molar stânga sus
- 28 - al treilea molar stânga sus
- 31 - incisiv central stânga jos
- 32 - incisiv lateral stânga jos
- 33 - canin stânga jos
- 34 - primul premolar stânga jos
- 35 - al doilea premolar stânga jos
- 36 - primul molar stânga jos
- 37 - al doilea molar stânga jos
- 38 - al treilea molar stânga jos
- 41 - incisiv central dreapta jos
- 42 - incisiv lateral dreapta jos
- 43 - canin dreapta jos
- 44 - primul premolar dreapta jos
- 45 - al doilea premolar dreapta jos
- 46 - primul molar dreapta jos
- 47 - al doilea molar dreapta jos
- 48 - al treilea molar dreapta jos

Dinți temporari

- 51 - incisiv central dreapta sus
- 52 - incisiv lateral dreapta sus
- 53 - canin dreapta sus
- 54 - molar dreapta sus
- 55 - molar dreapta sus
- 61 - incisiv central stânga sus
- 62 - incisiv lateral stânga sus
- 63 - canin stânga sus
- 64 - molar stânga sus

- 65 - molar stânga sus
- 71 - incisiv central stânga jos
- 72 - incisiv lateral stânga jos
- 73 - canin stânga jos
- 74 - molar stânga jos
- 75 - molar stânga jos
- 81 - incisiv central dreapta jos
- 82 - incisiv lateral dreapta jos
- 83 - canin dreapta jos
- 84 - molar dreapta jos
- 85 - molar dreapta jos

5.În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar"

Data fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6.Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară și panoramică) și tomografii dentare CBCT (mandibulară, maxilară și bimaxilară) cuprinse în anexa nr. 17 la ordin ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurării pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

7.Pentru beneficiarii legilor speciale tarifele aferente serviciilor prevăzute la codurile 1, 2, 2.1., 3, 5, 9 și 13 se suportă din fond în mod diferențiat, după cum urmează:

- pentru beneficiarii Legii nr. [51/1993](#) privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945-1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru beneficiarii Legii nr. [44/1994](#) privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru beneficiarii Legii nr. [341/2004](#) a recunoștinței pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Afacerilor Interne, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru celelalte categorii de asigurați beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 100%;

8.Tarifele pentru actele terapeutice prevăzute la codurile 2, 2.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 20 și 23 sunt corespunzătoare pentru o unitate dentară - pentru un dinte.
9.Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

CAPITOLUL 2: B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei -	Suma decontată de CAS
1.*)	Consultație - include controlul oncologic stomatologic, evidențierea plăcii dentare prin colorare, după caz și planul de tratament *) Se decontează o singură consultație la un interval de 12 luni pentru persoanele peste 18 ani și o consultație la 6 luni pentru copiii până la 18 ani.	149	100%
2.2.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare/dinte	196	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	78	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	190	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie	131	100%
10. *)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei *) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dinte respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.	112	100%
12.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	86	100%
13.1**)	Reparație proteză **) Se decontează o dată pe an.	138	100%
13.2**)	Rebazare proteză **) Se decontează o dată pe an.	202	100%

NOTĂ:

1.Dentistii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1 și 4 din tabelul de la litera B.

2.Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

3.Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate - radiografii dentare, tomografii dentare CBCT și tratamentul prescris.

CAPITOLUL 3: C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI 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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI,

ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. B din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. **883/2004**, cu modificările și completările ulterioare beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. A din prezenta anexă, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

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 de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. A din prezenta anexă, sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. B din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 15:

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

ANEXA nr. 16:

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară - model -

ANEXA nr. 17: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

CAPITOLUL 1: A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
		Hematologie	
1.	2.6001	Hemoleucogramă completă *1)*16) - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari	14,62
2.	2.6002	Numărătoare reticulocite	7,58
3.	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	24,29
4.	2.6040	VSH*1)	2,74
5.	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1) *16)	9,84

6.	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1) *16)	10,28
7.	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă*16)	10,16
8.	2.6101	Timp Quick și INR*1) *16) (International Normalised Ratio)	15,32
9.	2.6102	APTT*16)	15,51
10.	2.6103	Fibrinogenemie*1) *16)	14,28
		Biochimie-serică și urinară	
11.	2.1002	Proteine totale serice*1) *16)	7,65
12.	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	16,52
13.	2.10063	Feritină serică*1) *16)	40,00
14.	2.1011	Uree serică*1) *16)	6,11
15.	2.1012	Acid uric seric*1) *16)	6,11
16.	2.1014	Creatinină serică*1) *16), cu estimarea ratei de filtrare glomerulară**)	6,18
17.	2.1015	Bilirubină totală*1) *16)	6,37
18.	2.1016	Bilirubină directă*1) *16)	6,37
19.	2.1020	Glicemie*1) *16)	5,99
20.	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,99
21.	2.10304	HDL colesterol*1)	8,55
22.	2.10305	LDL colesterol*1)	8,02
23.	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,35
24.	2.10402	TGP*1) *16)	6,11
25.	2.10403	TGO*1) *16)	6,08
26.	2.10404	Creatinkinaza CK*1)	12,61
27.	2.10406	Gama GT*1) *16)	8,34
28.	2.10409	Fosfatază alcalină*1) *16)	8,13
29.	2.10500	Sodiu seric*1) *16)	10,44
30.	2.10501	Potasiu seric*1) *16)	11,96
31.	2.10503	Calciu seric total*1) *16)	5,60
32.	2.10504	Calciu ionic seric*1) *16)	8,22
33.	2.10505	Magneziemie*1) *16)	5,84
34.	2.10506	Sideremie*1) *16)	7,41
35.	2.10062	Transferină serică*1)	30,00
36.	2.10507	Fosfor (fosfat seric)*9)	13,00
37.	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1) *16)	9,75
38.	2.2604	Dozare proteine urinare*1) *16)	7,24
39.	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară)*8)	28,7
40.	2.2622.1	Raport albumină/creatinină într-un eșantion de urină spontană*1) *8)	45,00
41.	2.43092	Albumină serică*8) *16)	14,00
42.	2.2622	Dozare glucoză urinară*1)	7,24
43.	2.2623	Creatinină urinară*8)	10,78
44.	2.1020.1	TTGO (test de toleranță la glucoza per os) *10) *16)	35,00
45.	2.1026	HBA1c *10) *16)	38,00
46.	2.10412	Alfa Amilaza serică	15,00
47.	2.10413	Lipaza serică	15,00
48.	2.10400	Lactatdehidrogenaza (LDH)	10,00
49.	2.1065	Rezervă alcalină (determinarea Bicarbonatului seric)	23,56
50.	2.1071	Vitamina B 12 *1)	38,00
51.	2.1074	Acid folic *1)	48,00
		Imunologie și imunochimie	
52.	2.2500	TSH*1) *16)	21,39
53.	2.2502	FT4*1) *16)	21,74

54.	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	47,50
55.	2.2509	Hormonul foliculostimulant FSH	30,04
56.	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	30,04
57.	2.2514	Cortizol	35,14
58.	2.2521	Testosteron	39,27
59.	2.2522	Estradiol	31,07
60.	2.2523	Progesteron	33,02
61.	2.2525	Prolactină	31,92
62.	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	44,21
63.	2.327092	Ag HBs*1) *16)	35,22
64.	2.327093	Anticorpi Anti HCV*1) *16)	64,90
65.	2.32710	Testare HIV la gravidă*1) *16)	41,98
66.	2.40000	ASLO*1)	12,98
67.	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1) *16)	6,68
68.	2.40013	Confirmare TPHA*4)	14,70
69.	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	43,48
70.	2.430011	Complement seric C3	14,14
71.	2.430012	Complement seric C4	14,14
72.	2.43010	IgG seric	19,27
73.	2.43011	IgA seric	19,27
74.	2.43012	IgM seric	19,70
75.	2.43014	IgE seric	18,02
76.	2.40053	Proteina C reactivă*1) *16)	11,60
77.	2.43040	Factor reumatoid*1)	10,15
78.	2.43044	ATPO	42,39
79.	2.43135	PSA*1)	24,07
80.	2.43136	free PSA*6)	31,83
		Microbiologie	
		Exudat faringian	
81.	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian*1) *16), cultură și identificare streptococi beta-hemolitici gr. A, C, G	16,62
82.	2.50102	Examen fungic din exsudat faringian *11) - cultură și identificare până la nivel de specie	19,95
		Examen urină	
83.	2.3100	Urocultură*1) *16) - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,96
		Examen materi fecale	
84.	2.3062	Coprocultură*1) - cultură și identificare bacteriană	19,95
85.	2.5100	Examen coproparazitologic*1)	13,54
86.	2.2701	Depistare hemoragii oculte*1)	31,53
		Examen din secreții genitale	
87.	2.3074	Examen din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și/sau colorat *1) *16)	19,95
88.	2.30701	Examen din secreții cervicale - cultură și identificare bacteriană	20,00
89.	2.30741	Examen din secreții vaginale - cultură și identificare bacteriană	20,00
90.	2.30643	Examen din secreții vaginale - portaj Streptococcus agalactiae la gravide*16), prin metode de cultivare	20,61
91.	2.30643.1	Examen din tampon rectal - portaj Streptococcus agalactiae la gravide*16), prin metode de cultivare	20,61
92.	2.50114	Examen din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1) *16)	19,95
		Examen din secreții uretrale	

93.	2.3080	Exame din secreții uretrale*1) - microscopic colorat, cultură și identificare bacteriană	20,61
		Exame din secreții otice	
94.	2.3050	Examen din secreții otice *12) - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	20,61
		Exame din secreții nazale	
95.	2.3022	Examen bacteriologic exudat nazal cultură și identificare Staphylococcus aureus (MRSA/MSSA) *13)	18,62
		Exame din secreții conjunctivale	
96.	2.3040	Examen microbiologic din secreții conjunctivale*14) - Examen microscopic, cultură și identificare bacteriană	20,61
		Exame din colecție purulentă	
97.	2.5032	Examen bacteriologic din colecție purulentă *1) - Examen microscopic colorat, cultură și identificare bacteriană	20,61
98.	2.501202	Examen fungic din colecție purulentă *15) - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică	20,61
		Testarea sensibilității la substanțe antimicrobiene și antifungice	
99.	2.313	Antibiogramă*5)	15,42
100.	2.502	Antifungigramă*5)	19,61
		Examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice	
101.	2.90211	Examen histopatologic procedura completă HE (1-3 blocuri)*7)	145,00
102.	2.90212	Examen histopatologic procedura completă HE (4-6 blocuri)*7)	280,00
103.	2.90101	Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (1-3 blocuri)*7)	190,00
104.	2.90102	Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (4-6 blocuri)*7)	320,00
105.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	240/set
106.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii la parafină (1-3 blocuri)	134,80
107.	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau*1) *16)	48,70
108.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție	89,00

NOTA 1:

*) Un set cuprinde 1-4 teste și se decontează maxim 2 seturi; se efectuează la recomandarea medicilor de specialitate din specialitățile oncologie și hematologie sau fără recomandarea medicului specialist pe răspunderea medicului de specialitate anatomie patologică atunci când apreciază necesar pentru stabilirea diagnosticului.

**) Laboratoarele înscriu pe buletinele de analiză rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice. În situația în care pe buletinele de analiză nu este înscrisă rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF), investigația nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

*1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie și de medicii cu supraspecializare/competență/atestat de îngrijiri paliative care au încheiat contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic.

*2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie numai pentru gravide și contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, fără recomandarea medicului specialist sau de familie, pe răspunderea medicului de laborator.

*4)Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din specialitățile clinice, pe răspunderea medicului de laborator.

*5)Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialitățile clinice, pe răspunderea medicului de laborator/microbiologie medicală. Se decontează o antibiogramă/antifungigramă, după caz, pentru fiecare din culturile pozitive identificate.

*6)Se recomandă pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie și de către medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferențial al cancerului de prostată. Această investigație se decontează și fără recomandarea medicului de specialitate din specialitățile clinice, numai pentru valori determinate ale PSA care depășesc 4 nanograme/ml sau 4 micrograme/litru, prin decizia medicului de laborator.

*7)Tariful cuprinde bloc inclus la parafină, secționare, colorare hematoxin - eozină și diagnostic histopatologic.

*8)Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz.

*9)Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru copii cu grupa de vârstă 2-5 ani inclusiv, în cadrul serviciilor medicale preventive.

*10)Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie cu completarea câmpului corespunzător prevenției, pentru asigurații adulți care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni.

*11)Investigații ce pot fi solicitate de către medicii cu specialitatea boli infecțioase, oncologie și de medicii specialiști care supraveghează bolnavii cu transplant.

*12)Investigații ce pot fi solicitate și recoltate de către medicii cu specialitatea ORL.

*13)Investigația se recomandă numai în contextul unor infecții tegumentare recurente care sugerează existența portajului.

*14)Investigații ce pot fi solicitate și recoltate de către medicii cu specialitatea oftalmologie.

*15)Investigații ce pot fi solicitate și recoltate de către medicii cu specialități chirurgicale.

*16)Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și ca urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii.

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene și fungice, prețul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultură și identificare.

NOTA 3: Toate examinările histopatologice, citologice și imunohistochimice (cu excepția testelor imunohistochimice) din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri.

NOTA 4: Investigațiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, precum și pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, respectiv nota 1 de la punctul 1.2.3 de la lit. B din anexa nr. 1 la

prezentul ordin, se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice și are completat câmpul corespunzător prevenției.

NOTA 5: Pentru evaluarea periodică a pacienților deja diagnosticați cu diabet zaharat, HbA1c se recomandă și se decontează în condițiile prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale cu scop curative.

2. 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)	40,35
2.	Examen radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței*1)	40,35
3.	Examen radiologic părți schelet în 2 planuri*1)	40,35
4.	Radiografie de membre*1):	
	a.1) Braț drept	40,35
	a.2) Braț stâng	40,35
	b.1) Cot drept	40,35
	b.2) Cot stâng	40,35
	c.1) Antebraț drept	40,35
	c.2) Antebraț stâng	40,35
	d.1) Pumn drept	40,35
	d.2) Pumn stâng	40,35
	e.1) Mână dreaptă	40,35
	e.2) Mână stângă	40,35
	f.1) Șold drept	40,35
	f.2) Șold stâng	40,35
	g.1) Coapsă dreaptă	40,35
	g.2) Coapsă stângă	40,35
	h.1) Genunchi drept	40,35
	h.2) Genunchi stâng	40,35
	i.1) Gambă dreaptă	40,35
	i.2) Gambă stângă	40,35
	j.1) Gleză dreaptă	40,35
	j.2) Gleză stângă	40,35
	k.1) Picior drept	40,35
	k.2) Picior stâng	40,35
	l.1) Calcaneu drept	40,35
	l.2) Calcaneu stâng	40,35
5.	Examen radiologic articulații sacroiliace*1)	40,35
6.	Examen radiologic centură scapulară*1)	40,35
7.	Examen radiologic coloană vertebrală cervicală*1)	40,35
8.	Examen radiologic coloană vertebrală toracală*1)	40,35
9.	Examen radiologic coloană vertebrală lombosacrată*1)	40,35
10.	Examen radiologic torace ansamblu*1)	40,35
11.	Examen radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Examen radiologic torace și organe toracice*1)	40,35
12.	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	40,35

13.	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)	75,49
14.	Examen radiologic tract digestiv până la regiunea ileocecală, cu substanță de contrast*1)	110,00
15.	Examen radiologic colon dublu contrast	134,00
16.	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinervare	94,36
17.	Examen radiologic tract urinar (urografie minută) cu substanță de contrast	296,00
18.	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	337,00
19.	Pielografie	337,00
20.	Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	337,00
21.	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	337,00
22.	Examen radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	377,00
23.	Radiografie retroalveolară	20,22
24.	Radiografie panoramică	40,44
25.	Mamografie analogică în două planuri*1) - Obligatoriu 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	42,61
26.	Mamografie digitală 2D *1) - Obligatoriu 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	96,07
27.	Mamografie cu tomosinteză unilaterală*3)	360,00
28.	Mamografie cu tomosinteză bilaterală*3)	500,00
29.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	269,00
30.	Osteodensitometrie segmentară (DXA)*1)	27,18
2. Investigații neiradiante		
31.	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	70,44
32.	Ecografie abdomen*1)	53,92
33.	Ecografie pelvis*1)	40,44
34.	Ecografie a aparatului urinar/genital masculin	40,44
35.	Ecografie transvaginală/transrectală	67,40
36.	Ecografie Doppler cervical artere-carotide și vertebrale	40,44
37.	Ecografie Doppler artere membre superioare	40,44
38.	Ecografie Doppler artere membre inferioare	40,44
39.	Ecografie Doppler alte artere	40,44
40.	Ecografie Doppler vene membre superioare	40,44
41.	Ecografie Doppler vene membre inferioare	40,44
42.	Ecografie Doppler alte vene	40,44
43.	Ecografie ganglionară	40,44
44.	Ecografie transfontanelară	53,92
45.	Ecografie de organ/articulație/părți moi*2)	33,70
46.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II*4)	471,00
47.	Ecografie musculoscheletală	33,70
48.	Ecografie cutanată	33,70
49.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN*4)	107,00
50.	Senologie imagistică*1) - Obligatoriu 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	52,18
51.	Ecocardiografie	53,92
52.	Ecocardiografie + Doppler	67,40
53.	Ecocardiografie + Doppler color	74,14

54.	Ecocardiografie transesofagiană	229,00
55.	Ecocardiografie de efort	203,00
	B. Investigații de înaltă performanță	
56.	CT craniu nativ	156,00
57.	CT buco-maxilo-facial nativ	202,00
58.	CT regiune gât nativ	175,00
59.	CT regiune toracică nativ	228,00
60.	CT abdomen nativ	235,00
61.	CT pelvis nativ	235,00
62.	CT coloană vertebrală cervicală nativ	80,88
63.	CT coloană vertebrală toracală nativ	80,88
64.	CT coloană vertebrală lombară nativ	80,88
65.	CT membru superior drept nativ	80,88
66.	CT membru superior stâng nativ	80,88
67.	CT membru inferior drept nativ	80,88
68.	CT membru inferior stâng nativ	80,88
69.	CT mastoidă	202,00
70.	CT sinusuri	202,00
71.	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	445,00
72.	CT hipofiză cu substanță de contrast	505,00
73.	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast	539,00
74.	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	505,00
75.	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	528,00
76.	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	469,00
77.	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	485,00
78.	CT coloană vertebrală cervicală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539,00
79.	CT coloană vertebrală toracală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539,00
80.	CT coloană vertebrală lombară nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539,00
81.	CT membru superior drept nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242,00
82.	CT membru superior stâng nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242,00
83.	CT membru inferior drept nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242,00
84.	CT membru inferior stâng nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242,00
85.	CT ureche internă	505,00
86.	Uro CT	539,00
87.	Angiografie CT membru superior drept	539,00
88.	Angiografie CT membru superior stâng	539,00
89.	Angiografie CT membru inferior drept	539,00
90.	Angiografie CT membru inferior stâng	539,00
91.	Angiografie CT craniu	539,00
92.	Angiografie CT regiune cervicală	539,00
93.	Angiografie CT torace	539,00
94.	Angiografie CT abdomen	539,00
95.	Angiografie CT pelvis	539,00
96.	Angiocardiorografie CT	943,00
97.	RMN craniocerebral nativ	585,00
98.	RMN sinusuri	606,00
99.	RMN torace nativ	606,00
100.	RMN gât nativ	606,00

101.	RMN coloana vertebrală cervicală nativ	489,00
102.	RMN coloana vertebrală toracică nativ	489,00
103.	RMN coloana vertebrală lombosacrată nativ	489,00
104.	RMN abdominal nativ	585,00
105.	RMN pelvin nativ	585,00
106.	RMN șold - articulație coxo femurală nativ	580,00
107.	RMN nativ genunchi drept	587,00
108.	RMN nativ genunchi stâng	587,00
109.	RMN nativ cot drept	587,00
110.	RMN nativ cot stâng	587,00
111.	RMN nativ gleznă dreaptă	587,00
112.	RMN nativ gleznă stângă	587,00
113.	RMN extremități nativ alte segmente	587,00
114.	RMN umăr nativ	606,00
115.	RMN umăr nativ și cu substanță de contrast	850,00
116.	RMN torace nativ și cu substanță de contrast	850,00
117.	RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast	850,00
118.	RMN cranio-cerebral nativ și cu substanță de contrast	850,00
119.	RMN coloana vertebrală cervicală nativ și cu substanță de contrast	850,00
120.	RMN coloana vertebrală toracică nativ și cu substanță de contrast	850,00
121.	RMN coloana vertebrală lombosacrată nativ și cu substanță de contrast	850,00
122.	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	850,00
123.	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	850,00
124.	RMN șold - articulație coxo femurală nativ și cu substanță de contrast	850,00
125.	RMN extrem, nativ genunchi drept cu substanță de contrast	850,00
126.	RMN extrem, nativ genunchi stâng cu substanță de contrast	850,00
127.	RMN extremități nativ cot drept cu substanță de contrast	850,00
128.	RMN extremități nativ cot stâng cu substanță de contrast	850,00
129.	RMN extremități nativ gleznă dreaptă cu substanță de contrast	850,00
130.	RMN extremități nativ gleznă stângă cu substanță de contrast	850,00
131.	RMN extremități nativ alte segmente cu substanță de contrast	850,00
132.	RMN cord nativ	606,00
133.	RMN cord nativ și cu substanță de contrast	850,00
134.	RMN hipofiză cu substanță de contrast	850,00
135.	Uro RMN cu substanță de contrast	1145,00
136.	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	539,00
137.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	539,00
138.	Angiografie RMN craniu	808,00
139.	Angiografie RMN abdomen	808,00
140.	Angiografie RMN pelvis	808,00
141.	Angiografie RMN membru superior drept	808,00
142.	Angiografie RMN membru superior stâng	808,00
143.	Angiografie RMN membru inferior drept	808,00
144.	Angiografie RMN membru inferior stâng	808,00
145.	Angiografie RMN alt segment	808,00
146.	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	539,00
147.	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN	1078,00
148.	Colangio RMN	404,00
149.	RMN sâni nativ	606,00
150.	RMN sâni nativ și cu substanță de contrast	850,00

151.	RMN whole-body	900,00
152.	Tomografie dentară CBCT mandibulară	200,00
153.	Tomografie dentară CBCT maxilară	200,00
154.	Tomografie dentară CBCT bimaxilară	300,00
	II. Medicină nucleară	
155.	Scintigrafia renală	606,00
156.	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală - 30/90 min. de la inj.)	606,00
157.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică efort)	606,00
158.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică repaus)	606,00
159.	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	606,00
160.	Scintigrafia osoasă localizată	606,00
161.	Scintigrafia osoasă completă	606,00
162.	Scintigrafia hepatobiliară	606,00
163.	Scintigrafia tiroidiană	606,00
164.	Scintigrafia paratiroidiană	606,00
165.	Limfoscintigrafia planară	606,00

NOTA 1:

*1)Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2)Ecografie de organ - renală poate fi recomandată inclusiv de medicii de familie numai pentru boala cronică de rinichi, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz.

*3)Poate fi recomandată doar pentru femei care au fost diagnosticate cu afecțiuni oncologice.

*4)Investigații paraclinice ce pot fi recomandate ca urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii.

NOTA 2: Filmele radiologice și CD-urile conținând imaginile achiziționate, link-ul de acces la imaginile radiologice, precum și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicația de utilizare a substanței de contrast aparține medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală care va confirma utilizarea substanței de contrast prin aplicarea parafei și semnăturii pe biletul de trimitere.

Investigațiile cu substanță de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate și în cazul în care utilizarea substanței de contrast a fost specificată în biletul de trimitere și avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigație fără substanță de contrast, urmată din necesitate de o investigație cu substanță de contrast, se decontează numai tariful investigației cu substanță de contrast.

NOTA 4: Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care își desfășoară activitate în cabinete indiferent de forma lor de organizare, în condițiile în care aceștia au atestatele de studii complementare corespunzătoare specialității, după caz și dotarea necesară:

a)Serviciul prevăzut la poziția 31 se decontează medicilor de familie și medicilor de specialitate pentru specialități clinice;

b)Serviciile prevăzute la poziția 32 și 33 se decontează medicilor de specialitate pentru specialități clinice;

c)Serviciul prevăzut la poziția 34 se decontează medicilor din specialitatea urologie;

- d) Serviciile prevăzute la poziția 35 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie și numai pentru afecțiuni urologice-prostată și vezică urinară;
- e) Serviciile prevăzute la pozițiile: 51, 52, 53 și 55 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, cardiologie pediatrie, geriatrie și gerontologie; serviciile prevăzute la poziția 36, 37, 38, 39, 40, 41 și 42 se decontează pentru medicii de specialitate din specialitățile clinice de cardiologie, medicină internă, nefrologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie vasculară și chirurgie cardiovasculară; serviciul prevăzut la poziția 54 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie; serviciul prevăzut la poziția 47 se decontează numai pentru medicii din specialitatea clinică reumatologie și medicină fizică și de reabilitare; serviciul prevăzut la poziția 48 se decontează numai pentru medicii din specialitatea clinică dermatovenerologie;
- f) Serviciul prevăzut la poziția 43 se decontează medicilor din specialitatea: oncologie, hematologie, endocrinologie, chirurgie generală, chirurgie orală și maxilo-facială, pediatrie și medicină internă;
- g) Serviciile prevăzute la poziția 44 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;
- h) Serviciile prevăzute la poziția 45 (ecografie de organ/de părți moi/de articulație) se decontează numai pentru medicii din specialitățile clinice: diabet, nutriție și boli metabolice, nefrologie, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, medicină fizică și de reabilitare;
- i) Serviciile prevăzute la pozițiile 46 și 49 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;
- j) Serviciile prevăzute la poziția 50 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie dacă au atestat de senologie imagistică;

NOTA 5:

- a) Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 2, 3, 4, 7, 8, 9, 23 și 25, tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic, minimum 2 incidente. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 2, 3, 23 și 25, în cazul explorării mai multor segmente se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 1, 10 și 11, decizia efectuării celei de-a doua incidente este strict a medicului radiolog și poate fi luată numai după efectuarea primei incidente.
- b) Pentru serviciul prevăzut la poziția 30 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, cu precizarea segmentelor de investigat;
- c) În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani, pentru care medicul curant recomandă efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. 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. Majorarea se aplică la investigația cu tariful cel mai mic. Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului și dotărilor necesare pentru perioada de pre și post anestezie, precum și

dovada relației de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă biletul de trimitere este însoțit de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI.

NOTA 6: Medicii de medicină dentară care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală stomatologică, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 23, 24, 152, 153 și 154 respectiv radiografie retroalveolară, radiografie panoramică, tomografie dentară CBCT mandibulară, tomografie dentară CBCT maxilară și tomografie dentară CBCT bimaxilară.

NOTA 7: Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 31 respectiv ecografie generală (abdomen + pelvis).

CAPITOLUL 2: B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI 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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la anexa nr. 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa nr. 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2 la ordin.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în

cadru 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/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului 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, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 18:

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

ANEXA nr. 19: CRITERII privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I: Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1.

a) Sunt autorizați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) Sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

c) Sunt acreditați, pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare.

2.

a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice, citologice și imunohistochimice), cu excepția spitalelor cu peste 400 de paturi, precum și a spitalelor de boli infecțioase și de pneumoftiziologie, care efectuează examinări microbiologice, pentru care activitatea de microbiologie se organizează distinct ca laborator de microbiologie medicală. Dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua analizele medicale de laborator de la punctele 46, 47, 48, 49, 50, 51, 89, 90 și 94 prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin se va face în termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin.

b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice, citologice și imunohistochimice), furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un înscris cu mențiunea seriei, a anului de fabricație, a capacității de lucru și a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 7 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat și prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă;

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă, care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică. Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate anatomie patologică care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).

În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizată și avizată o structură care efectuează examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pentru:

- subcriteriul a) "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice.

În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii cerințelor pentru calitate și competență" - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în Anexa 17 la prezentul ordin, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

- subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice.

În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii cerințelor pentru "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în Anexa 17 la prezentul ordin, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale" să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) și punctul 5.

6. Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producătorul de aparatură de laborator, reactivi și consumabile, certifică respectarea standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003 pentru toate aparatele, reactivii și consumabilele utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

CAPITOLUL II: Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total județ

I. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

- 1.criteriul de evaluare a resurselor 50%
- 2.criteriul de calitate 50%

1.Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

(A)Evaluarea capacității resurselor tehnice

a)Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b)Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c)Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d)Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme ale acestora, având menționate seriile echipamentelor și nici cele care nu au declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e)Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor.

Constatarea, ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f)Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDMR), conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g)Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis de ANMDMR, conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate "second hand". Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h) Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 12 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbișării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE, prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător nu se punctează. Recondiționarea (refurbișarea) se poate realiza doar în unitățile de producție ale producătorului. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbișării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 20%.

Aparatele mai vechi de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform H.G. nr. **2139/2004** pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialiști cu specializare în hematologie.

a)

- analizor până la 18 parametri inclusiv 10 puncte
- pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori se adaugă 5 puncte

b)

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) 25 puncte
- pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori se adaugă 5 puncte
- pentru mai mult de 22 de parametri se adaugă 5 puncte
- pentru modul flowcitometric se adaugă 10 puncte
Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct. 1.1.

1.2. Hemostază:

a) analizor coagulare semiautomat 10 puncte

b) analizor de coagulare complet automat 20 puncte

1.3. Imunohematologie:

a) manual 2 puncte

b) echipament semiautomat pentru determinarea Grupelor sangvine RH 5 puncte

c) echipament automat pentru determinarea Grupelor sangvine RH 10 puncte

NOTĂ:

Sistemul automat este considerat sistemul care își pipetează singur și în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât și din reactiv. În fișele tehnice ale sistemelor speciale trebuie să fie specificat clar că toate etapele de lucru se efectuează automat. În caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Aparat automat de citire VSH:

a) între 1-10 poziții 5 puncte

b) între 11-20 poziții 10 puncte

c) peste 21 poziții 15 puncte

NOTĂ:

Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

Metodă manuală

- identificarea germenilor 10 puncte

- efectuarea antibiogrammei 8 puncte

2.2. Micologie:

Metodă manuală

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor 10 puncte

- efectuarea antifungigramei 8 puncte

2.3. Analizoare microbiologie (bacteriologie + micologie)

- analizor automat de microbiologie 40 puncte

- analizor automat de însămânțare a mediilor de cultură 10 puncte
 - analizor automat de microbiologie cu spectometrie de masă 60 puncte
- MALDI-Tof, pentru identificarea rapidă a germenilor patogeni Se consideră analizor automat de microbiologie echipamentul care efectuează atât identificarea bacteriilor sau fungilor cât și antibiograma sau antifungigrama în mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat măsurării turbidității suspensiilor bacteriene cât și galeriile de identificare a bacteriilor nu sunt analizoare automate de bacteriologie.
- analizor semiautomat de microbiologie 10 puncte
- Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate.
- 2.4. Parazitologie:
- examen parazitologie pe frotiu 2 puncte
3. Biochimie serică și urinară:
- a) Analizoare pentru biochimie:
- a1 analizor semiautomat 10 puncte
 - a2 analizor de ioni semiautomat 15 puncte
 - a3 - analizor automat biochimie 30 puncte
- a3.1. pentru determinări prin turbidimetrie se adaugă 10 puncte
- a3.2. pentru modul ioni se adaugă 15 puncte
- a3.3. pentru viteza aparatului se adaugă 0,06 puncte/probă/oră
- Se pot puncta maxim 4 aparate indiferent de tip (automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera a1, a2 și a3
- b) Analizoare pentru electroforeză
- b1 analizor semiautomat 10 puncte
 - b2 analizor automat 30 puncte
- Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera b)
- c) Analizoare pentru examen de urină:
- c1 - analizor semiautomat 5 puncte
 - c2 - analizor automat 20 puncte
- Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera c)
4. Imunologie și imunochimie:
- 4.1. Serologie: 2 puncte
- 4.2. Metoda ELISA
- a1 - sistem semiautomatizat Elisa 15 puncte
- a2 - sistem automatizat Elisa cu:
- o microplacă 25 puncte
 - două microplăci simultan se adaugă 5 puncte
 - 4 microplăci simultan se adaugă 10 puncte
 - 6 microplăci simultan se adaugă 15 puncte
- 4.3. Sisteme speciale
- b1 - sisteme speciale semiautomate: 25 puncte
- b2 - sisteme speciale automate: 50 puncte
- În funcție de capacitatea de lucru a aparatului prevăzut la punctul b2), pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,6 puncte. Viteza se ia în calcul o singură dată indiferent de numărul de metode al aparatului.
- În cazul analizoarelor de la punctul b2 cu mai multe metode de lucru, pentru fiecare metodă de lucru în plus, se adaugă câte 20 puncte.
- NOTĂ:
- Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care își pipetează singur și în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât și din reactiv. În fișele tehnice ale sistemelor speciale de imunologie trebuie să fie specificat clar că toate etapele de lucru se efectuează automat. În caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat. Se punctează maxim 4 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat și indiferent de metoda de lucru - ELISA sau sistem special).
- Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:
- CLIA - Chemiluminescență (Test Imunologie pe bază de Chemiluminescență)
 - ECLIA - Electrochemiluminescență (Test Imunologie pe bază de Electrochemiluminescență)
 - MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)
 - FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescență de Polarizare)
 - REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
 - CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologie de Chemiluminescență pe bază de Microparticule)
 - EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologică Enzimatică Dublă)
 - RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
 - RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologică pe bază de Radioizotopi)
 - IFA - Immunofluorescence (Test Imunologie pe bază de Imunofluorescență)
 - ELFA cu detecție în fluorescență - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescență
 - TRACE - Emisie amplificată de europium

5. Citologie

Microscop optic cu examinare în lumină polarizată/UV 6 puncte

Microscop optic fără examinare în lumină polarizată/UV 4 puncte

6. Histopatologie

- Sistem automat de prelucrare a probelor (de la probă până la bloc de parafină) 40 puncte
- Sistem de colorare automată a lamelor 15 puncte
- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat fără vacuum 5 puncte
- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat cu vacuum 6 puncte
- Aparat colorație automatizată histochimică 5 puncte
- Aparat colorație automatizată imunohistochimie 7 puncte
- microtom parafină 5 puncte
- criotom 7 puncte
- termostat pentru parafină 1 punct
- platină sau baie termostată 1 punct
- balanță analitică 1 punct
- pH-metru 1 punct
- masă absorbantă pentru vapori toxici 1 punct
- baterie colorare manuală hematoxilină - eozină 1 punct
- baterie manuală pentru imunohistochimie 1 punct

NOTĂ:

Referitor la resursele tehnice nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin o persoană cu studii superioare de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală.

(B) Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
 - direct medicului 3 puncte
 - sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet 4 puncte
2. software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):
 - operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date 10 puncte;
3. website - care să conțină minimum următoarele informații:
 - a) - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări 2 puncte/punct de lucru
 - b) - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului) 5 puncte.
4. Puncte de recoltare externe aflate în alte localități decât cele reședință de județ, având program 5 zile/săptămână, minim 7 ore/zi cu personal de recoltare dedicat 10 puncte pentru fiecare punct extern de recoltare; se punctează un singur punct de recoltare extern/localitate/furnizor;
- Puncte de recoltare mobile, având program 5 zile/săptămână, minim 7 ore/zi cu personal de recoltare dedicat 20 puncte pentru fiecare punct mobil de recoltare; se punctează un singur punct mobil de recoltare/furnizor;

Pentru un program de lucru redus punctajul acordat se diminuează corespunzător.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 și 3b se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Punctajele se aplică în mod corespunzător și laboratoarelor de anatomie-patologică.

(C) Subcriteriul resurse umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

1. medic primar de specialitate 40 puncte;
2. medic specialist 30 puncte;
3. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, principali 25 puncte;
4. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, specialiști 20 puncte;
5. chimiști, biologi, biochimiști 15 puncte;
6. farmacist cu drept de liberă practică 15 puncte;
7. asistenți medicali de laborator cu studii superioare 10 puncte;
8. asistenți medicali de laborator fără studii superioare 8 puncte;
9. cercetător științific CP 1 și CP 2 în anatomie-patologică 40 puncte;

10. cercetător științific CP 3 și CS în anatomie-patologică 30 puncte;
11. asistenți de cercetare științifică în anatomie-patologică 25 puncte;

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență", în conformitate cu standardul SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

a1)- se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie serică și urinară, Hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2)- se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de Imunologie și imunochimie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3)- se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală de microbiologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Fiecare cod de investigație din lista analizelor de laborator prevăzută în anexa nr. 17 la ordin reprezintă o singură analiză chiar dacă analiza respectivă este compusă din mai mulți parametri.

b) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

b1)- se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serică și urinară și hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 0,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b2)- se acordă câte 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de imunologie și imunochimie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1 punct în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b3)- se acordă câte 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de microbiologie și din celelalte domenii, altele decât cele menționate la lit. b1) și b2) pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior. La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se

acordă câte 1,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

1.Laboratorul de analize medicale trebuie să facă dovada participării cu rezultate satisfăcătoare la schemele de intercomparare prin prezentarea de rapoarte de evaluare emise de furnizorul de scheme de intercomparare notificat de Ministerul Sănătății, în termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin.

2.La stabilirea punctajului se iau în calcul participările din anul calendaristic anterior. O participare se definește ca un singur raport de evaluare pentru fiecare material de control extern al calității. Mai multe rapoarte de evaluare pentru același material de control extern al calității se punctează drept o singură participare.

3.Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competenței de cel puțin 4 ori în anul anterior: pe format de hârtie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competenței pentru toți analiștii la care laboratorul a participat în anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competenței și dovezi ale plăților efectuate și în format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competenței, care să conțină indicii statistici specifici laboratorului.

4.Actele doveditoare pentru participarea de cel puțin 4 ori/an la scheme de testare a competenței în anul în curs: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competenței și anexe din care să reiasă tipul analizelor și frecvența cu care vor participa la schemele de testare a competenței.

Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori/an rămâne valabilă în aceleași condiții.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A.Fondul cu destinația de analize medicale de laborator, stabilit în condițiile art. 2 alin. (1) din anexa nr. 18 la ordin se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a)50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b)50% pentru criteriul de calitate, din care 50% pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" și 50% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

B.Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

C.Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

DValoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E.Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F.Repartizarea fondului alocat pentru servicii medicale paraclinice, pe tipuri, respectiv pentru analize medicale de laborator și pentru anatomie patologică se stabilește de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător.

ANEXA nr. 20: CRITERII privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară

CAPITOLUL I: Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1.

a) Sunt autorizați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) Sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare.

2. Fac dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie-imagistică medicală și/sau medicină nucleară din Lista de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară, astfel:

a) Laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;

b) Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie;

c) Ecografia Doppler de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, nefrologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie vasculară și chirurgie cardiovasculară;

d) Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color, Ecocardiografia de efort efectuate ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, neurologie;

e) Ecocardiografia transesofagiană ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialitate cardiologie;

f) Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;

g) Ecografia de pelvis și de abdomen efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice;

h) Radiografia dentară și tomografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară;

i) Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

j) Ecografia obstetricală anomalii trimestrul I cu TN efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k) Ecografia transvaginală/transrectală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie și numai pentru afecțiuni urologice - prostată și vezică urinară;

l) Ecografie de organ/de părți moi/de articulație, ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: diabet, nutriție și boli metabolice, nefrologie, endocrinologie, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, medicină fizică și reabilitare, urologie, medicină internă;

m) Senologia imagistică ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici din specialitățile clinice: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie dacă au atestat/competență de senologie imagistică;

n) Ecografia ganglionară ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice de oncologie, hematologie, chirurgie generală, chirurgie orală și maxilo-facială, endocrinologie, pediatrie și medicină internă;

o) Ecografie musculoscheletală ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialitate clinică reumatologie;

p) Ecografie cutanată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialitate clinică dermatovenerologie.

r) Ecografie a aparatului urinar/genital masculin ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialitate clinică urologie.

NOTĂ:

Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor; medicii trebuie să aibă competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității, după caz.

3. Să facă dovada că pe toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri - pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, își desfășoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau un alt standard adoptat în România, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru

furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

■CAPITOLUL II: Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară, stabilit pe total județ

I. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară se au în vedere următoarele criterii:

1.criteriul de evaluare a resurselor 90%

2.criteriul de disponibilitate 90%

■1.Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

■(A)Evaluarea capacității resurselor tehnice

a)Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b)Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria și numărul aparatului sunt cele din autorizația emisă de CNCAN.

c)Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d)Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și nici cele care nu au declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e)Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori. Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea într-un program de lucru distinct. În această situație, pentru fiecare furnizor, echipamentele deținute/utilizate în comun se punctează proporțional, funcție de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăși punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

f)Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România sau autorizat de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, pentru

aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g)Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare și/sau buletinul de verificare periodică, emise de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h)Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 15 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE, prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător, nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 9 ani; pentru aparatele cu o vechime de peste 9 ani dar nu mai mult de 15 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 15%. Recondiționarea (refurbisarea) se poate realiza doar în unitățile de producție ale producătorului.

Aparatele mai vechi de 9 ani, respectiv de 15 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform H.G. nr. [2139/2004](#) pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

- a)
1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;
 2. radiologie (grafie) - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;
- b) post independent de radiografie-se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;
- c) radiografie retroalveolară 5 puncte;
radiografie paronamică 10 puncte;
CBCT 15 puncte.
- d) aparate de radiologie mobile-se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.
Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obținut se adaugă:
- * tipul de achiziție
- parțial digitalizat (plăci fosforice) 15 puncte;
 - direct digital 30 puncte;
- * opțiuni:
- stepping periferic 5 puncte;
 - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
 - optimizarea densității 5 puncte;
 - trendelenburg 3 puncte;
 - afișare colimatori fără radiație 3 puncte;
 - stand vertical 3 puncte;
 - 2 Bucky 1 punct.
- Aparatele care efectuează scopie și grafie vor fi punctate o singură dată cu punctajul cel mai mare.
- e) mamografie-se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.
După caz, la punctajul obținut se adaugă:
- * tipul de achiziție:
- parțial digital 15 puncte;
 - digital 30 puncte;
 - cu tomosinteză 40 puncte;
- * dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- * facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia-se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

g) computer tomografie-se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- numărul de secțiuni concomitente:

2-8 secțiuni 25 puncte;

16-32 secțiuni 40 puncte;

64 secțiuni 70 puncte;

128 secțiuni 100 puncte;

peste 128 secțiuni sau CT DUAL 150 puncte;

- timp de achiziție a imaginii:

- 0,5-1 secundă: 10 puncte;

- < 0,5 secunde: 20 puncte;

- aplicații software*) instalate pe computerul tomograf:

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

- Circulație - minim 64 slice 2 puncte;

- evaluare nodul pulmonar - minim 16 slice. 2 puncte;

- perfuzie - minim 64 slice 2 puncte;

- angiografie cu substracție de os - minim 16 slice 2 puncte;

- dental - 2 slice 2 puncte;

- sistem pentru justificarea și optimizarea dozelor de iradiere 10 puncte;

- accesorii - printer

- digital 5 puncte;

- analog 1 punct;

- injector automat 15 puncte;

- stație de post procesare și software aferent*): 20 puncte;

*) se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică

- se acordă 15 puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică cu câmp magnetic sub 1 T,

- se acordă 30 puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică cu câmp magnetic de 1 T și sub 1,5 T,

- se acordă 100 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică cu câmp magnetic de 1,5 T și mai mic de 3T,

- se acordă 150 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică cu câmp magnetic de cel puțin de 3T,

Punctajul se acordă pentru aparatele RMN în vederea efectuării investigațiilor la nivelul următoarelor segmente: cap, coloană vertebrală, gât, sistem musculo-scheletal - extremități;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

1. - pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă: 20 puncte;

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

2. Aplicații software*) instalate pe RMN

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

- Post-procesare 3D - prelucrarea achizițiilor în 3D: 10 puncte

- Tractografie - vizualizarea tacturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor

..... 10 puncte

- Perfuzie - cuantificarea permeabilității tumorale în funcție de modelul farmacocinetic al substanței de contrast pentru patologia cerebrală și a prostatei: 10 puncte

- Perfuzie fără substanță de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte

- Soft cardiac - evaluarea viabilității, perfuziei și dinamicii cordului: 10 puncte

- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp

într-un timp foarte scurt: 10 puncte

- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare: 10 puncte

- Spectroscopie 10 puncte

3. Accesorii

- Printer

- digital: 5 puncte;

- analog: 1 punct;

- Injector automat: 15 puncte;

- Stație de post procesare și software aferent*) 20 puncte (alta decât stația de vizualizare)

*) se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- Cu 1 detector 5 puncte

- Cu 2 detectori 15 puncte

- Accesorii:
 - Printer digital 5 puncte
 - Injector automat 15 puncte
 - Stație de post procesare și software aferent alta decât stația de vizualizare 20 puncte
- j) osteodensitometrie segmentară (DXA) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical
- k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:
- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
 - dezvoltator automat umed 3 puncte;
 - dezvoltator umed day light 5 puncte;
 - cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
 - dezvoltare automată uscată: 10 puncte;
 - arhivă filme radiografice 5 puncte;
 - arhivă CD 15 puncte;
 - arhivă de mare capacitate (PACS) 20 puncte;
 - digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 2: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 3: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru cabinetele medicale din asistența medicală primară, cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, precum și cabinetele din ambulatoriul de specialitate pentru medicină dentară care încheie acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice, punctajul acordat pentru aparatele cu care se efectuează investigațiile paraclinice se ajustează proporțional cu programul de lucru contractat pentru aceste servicii.

■(B)Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

* medici:

- medic specialist radiologie imagistică medicală 30 puncte;
 - medic primar radiologie-imagistică medicală: 40 puncte;
 - medic specialist medicină nucleară: 30 puncte;
 - medic primar medicină nucleară 40 puncte;
 - medic specialist anestezișt 10 puncte;
 - medic primar anestezișt 15 puncte;
 - medic specialist medicina de urgență 10 puncte;
 - medic primar medicina de urgență 15 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani 10 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: (punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară) 15 puncte;
 - medic dentist/medic stomatolog 13 puncte;
 - medic dentist/medic stomatolog specialist 15 puncte;
 - medic dentist/medic stomatolog primar 20 puncte;
- (punctajul se acordă pentru medicii dentiști/medicii stomatologi care efectuează radiografii dentare retroalveolare, panoramice și CBCT în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

* operatori:

- absolvent colegiu imagistică medicală 11 puncte;
- bioinginer: 13 puncte;
- fizician: 13 puncte;

* asistenți medicali:

- de radiologie cu studii superioare 10 puncte;
- de radiologie fără studii superioare 8 puncte;
- asistenți generaliști pentru Eco + ATI 7 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 9 puncte.

NOTĂ: Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

(C) Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanță (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea rezultatelor și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru - transmitere de date 10 puncte;

c) website - care să conțină minimum următoarele informații: nu se susțin alte platforme sociale

c1 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări 2 puncte/punct de lucru.

c2 - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului) 5 puncte.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c.2 se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se acordă 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

(A) Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 90% pentru criteriul de evaluare a resurselor;

b) 10% criteriul de disponibilitate.

(B) Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

(C) Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

(D) Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

(E) Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor două sume stabilite conform lit. D.

F) Repartizarea fondului alocat pentru servicii medicale paraclinice, pe tipuri, respectiv pentru investigații de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară se stabilește de casa de asigurări de sănătate.

G) În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

ANEXA nr. 21:

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice - model -

ANEXA nr. 22: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I: Pachetul de servicii medicale de bază

SUBCAPITOLUL 1: 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.

▣SUBCAPITOLUL 2: B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi:

▣SECȚIUNEA 0:

▣1.Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi), dar nu mai puțin de 2 ore/vizită (zi), cu excepția serviciilor acordate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, precum și în alte situații justificate de medicul curant în fișa de spitalizare de zi, pentru care este necesară o durată mai mică de 2 ore/vizită(zi).

Toate serviciile medicale și procedurile chirurgicale se acordă obligatoriu în intervalul orar de la deschiderea și până la închiderea Fișei de spitalizare de zi. În caz contrar serviciul acordat nu se decontează.

▣2.Criteriile de internare în spitalizare de zi sunt:

a)urgente 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.

▣SECȚIUNEA 1: 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
2.	A08.4	Infecția intestinală virală, nespecificată	280
3.	A09	Diareea și gastro-enterita probabil infecțioase	296
4.	A49.9	Infecția bacteriană, nespecificată	352
5.	D17.1	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al trunchiului	261
6.	D50.0	Anemia prin carență de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	388
7.	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	616
8.	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	394
9.	E04.2	Gușa multinodulară netoxică	394
10.	E06.3	Tiroidita autoimună	367
11.	E10.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	351
12.	E10.71	Diabet mellitus tip 1 cu complicații microvasculare multiple	439
13.	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	396
14.	E11.71	Diabet mellitus tip 2 cu complicații microvasculare multiple	495
15.	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	354
16.	E13.65	Alte forme specificate de diabet mellitus cu control slab	495
17.	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	420
18.	E44.1	Malnutriția proteino-energetică ușoară	420
19.	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	353
20.	E78.2	Hiperlipidemie mixta	442
21.	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	381
22.	F41.2	Tulburare anxioasă și depresivă mixtă	344
23.	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	344
24.	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	264
25.	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	317

26.	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	373
27.	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	350
28.	I34.0	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	440
29.	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	464
30.	I35.1	Insuficiență (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	441
31.	I67.2	Ateroscleroza cerebrală	373
32.	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	373
33.	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulceratie sau inflamație	444
34.	J00	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (* pentru copii 0-5 ani)	193
35.	J02.9	Faringita acută, nespecificată (* pentru copii 0-5 ani)	189
36.	J03.9	Amigdalita acută, nespecificată	191
37.	J06.8	Alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	199
38.	J06.9	Infecții acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	189
39.	J12.9	Pneumonia virală, nespecificată	432
40.	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	462
41.	J18.1	Pneumonia lobară, nespecificată	466
42.	J18.8	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	435
43.	J18.9	Pneumonie, nespecificată	484
44.	J20.9	Bronșita acută, nespecificată	195
45.	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	435
46.	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	429
47.	J44.9	Boala pulmonară obstructivă cronică, nespecificată	417
48.	J45.0	Astmul cu predominență alergică	205
49.	J47	Bronșiectazia	411
50.	J84.8	Alte boli pulmonare interstițiale specificate	440
51.	J84.9	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	442
52.	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	355
53.	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	266
54.	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	232
55.	K29.1	Alte gastrite acute	361
56.	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	363
57.	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificată	250
58.	K30	Dispepsia	208
59.	K52.9	Gastroenterita și colita neinfecțioase, nespecificate	279
60.	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	373
61.	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	359
62.	K70.1	Hepatita alcoolică	314
63.	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	470
64.	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	550
65.	K76.0	Degenerescența grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	460
66.	K81.1	Colecistita cronică	393
67.	K81.8	Alte colecistite	337
68.	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	305
69.	K86.9	Boala pancreasului nespecificată	289
70.	K91.1	Sindroame după chirurgia gastrică	331
71.	L40.0	Psoriazis vulgaris	366

72.	L50.0	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	236
73.	L60.0	Unghia încarnată	344
74.	M16.9	Coxartroza, nespecificată	228
75.	M17.9	Gonartroza, nespecificată	234
76.	M51.2	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	363
77.	M54.4	Lumbago cu sciatică	402
78.	M54.5	Dorsalgie joasă	438
79.	N30.0	Cistita acută	256
80.	N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	246
81.	N47	Hipertrofia prepuțului, fimoză, parafimoză	265
82.	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	160
83.	N92.0	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual regulat	385
84.	N92.1	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual neregulat	270
85.	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	374
86.	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	451
87.	N95.0	Sângerări postmenopauză	360
88.	O02.1	Avort fals	113
89.	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	114
90.	O12.0	Edem gestațional	230
91.	O21.0	Hiperemeza gravidică ușoară	145
92.	O23.1	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	147
93.	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	538
94.	R10.4	Altă durere abdominală și nespecificată	155
95.	R59.0	Ganglioni limfatici măriți localizați	594
96.	S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	285
97.	S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	284
98.	Z46.6	Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare	147
99.	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată	383
100.	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	383
101.	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	317
102.	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	317
103.	I80.3	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	444
104.	R60.0	Edem localizat	230
105.	I83.0	Vene varicoase cu ulceratie ale extremităților inferioare	444
106.	I87.2	Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)	444
107.	A69.2	Boala Lyme (*diagnostic și tratament)	725
108.	G31.1	Degenerescenta senila a creierului, neclasificata altundeva	528
109.	M85.80	Osteoporoza (Alte afectiuni specificate ale densitatii și structurii osoase localizari multiple)	412
110.	E23	Hiposecreția și alte tulburări ale glandei hipofizare	333
111.	E30.1	Pubertate precoce	365
112.	E34.3	Insuficienta staturala	461
113.	E05.8	Alte tireotoxicoze	280
114.	D44.0	Tumora tiroida cu evolutie imprevizibila și necunoscuta	186
115.	E30.0	Pubertate intarziata	353

*) 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.

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

Nr. Crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod Procedură	Denumire procedură chirurgicală	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală
				- lei -
1	Miringotomia cu inserția de tub	D01003	Miringotomia cu inserție de tub, unilateral	328
2	Miringotomia cu inserția de tub	D01004	Miringotomia cu inserție de tub, bilateral	328
3	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fără adenoidectomie	683
4	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	683
5	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicând corecția cartilajului	861
6	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07002	Rinoplastia implicând corectarea conturului osos	861
7	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07003	Rinoplastie totală	861
8	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07004	Rinoplastie folosind grefa cartilaginoasă septală sau nazală	861
9	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07005	Rinoplastie folosind grefă de os nazal	861
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
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
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
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
14	Bronhomediastino - scopie	G02401	Bronhoscopia	729
15	Bronhomediastino - scopie	G02403	Fibrobronhoscopia	729
16	Biopsia pleurei	G03103	Biopsia pleurei	624
17	Biopsie ganglioni laterocervicali și supraclaviculari	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	482
18	Puncție biopsie transpietorală cu ac pentru formațiuni tumorale pulmonare	G03102	Biopsia percutanată (cu ac) a plămânului	806
19	Implantare cateter pleural	G04103	Inserția catetetrului intercostal pentru drenaj	757
20	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	683
21	Extracția de corpi străini prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscopia cu extracția unui corp străin	609
22	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicând 1 sau 2 mușchi, un ochi	286
23	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului	286
24	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagofthalmie) ptoză palpebrală	C08003	Corecția ectropionului sau entropionului prin strângerea sau scurtarea retractorilor inferiori	286

25	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08004	corecția ectropionului sau entropionului prin alte corecții ale retractoarelor inferioare	286
26	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08005	corecția ectropion-ului sau entropion-ului prin tehnici de sutură	286
27	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08006	corecția ectropion-ului sau entropion-ului cu rezecție largă	286
28	Extracția dentară chirurgicală	F00801	Extracție dentară sau a unor părți de dinte	328
29	Extracția dentară chirurgicală	F00802	Extracție dentară cu separare	328
30	Extracția dentară chirurgicală	F00901	Îndepărtare chirurgicală a unui dinte erupt	328
31	Extracția dentară chirurgicală	F00902	Îndepărtare chirurgicală a 2 sau mai mulți dinți erupți	328
32	Extracția dentară chirurgicală	F00903	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, fără îndepărtare de os sau separare	328
33	Extracția dentară chirurgicală	F00904	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, cu îndepărtare de os sau separare	328
34	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea și chiuretajul uterin [D&C]	452
35	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02602	Chiuretajul uterin fără dilatare	452
36	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea și curetajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	254
37	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavității uterine	254
38	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	452
39	Reparația cisto și rectocelului	M04402	Corecția chirurgicală a rectocelului	556
40	Reparația cisto și rectocelului	M04403	Corecția chirurgicală a cistocelului și rectocelului	556
41	Artroscopia genunchiului	O13205	Artroscopia genunchiului	509
42	Operația artroscopică a meniscului	O13404	Meniscectomie artroscopică a genunchiului	430
43	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18104	Îndepărtarea de broșă, șurub sau fir metalic, neclasificată în altă parte	570
44	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18106	Îndepărtarea de placă, tijă sau cui, neclasificată în altă parte	570
45	Reparația diformității piciorului	O20404	Corecția diformității osoase	1.647
46	Eliberarea tunelului carpian	A07402	Decompresia endoscopică a tunelului carpian	782
47	Eliberarea tunelului carpian	A07403	Decompresia tunelului carpian	782
48	Excizia chistului Baker	O13601	Excizia chistului Baker	791
49	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O07302	Fasciotomia subcutanată pentru maladia Dupuytren	782
50	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O08001	Fasciectomia palmară pentru contractura Dupuytren	782
51	Repararea ligamentului încrucișat	O15303	Reconstrucția artroscopică a ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	991
52	Repararea ligamentului încrucișat	O15304	Reconstrucția ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	991
53	Excizia locală a leziunilor sânelui	Q00501	Excizia leziunilor sânelui	479

54	Colecistectomia laparoscopică	J10102	Colecistectomia laparoscopică	1.218
55	Colecistectomia laparoscopică	J10104	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1.218
56	Colecistectomia laparoscopică	J10105	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia laparoscopică	1.218
57	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	731
58	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale	683
59	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicală a herniei inghinale bilaterale	683
60	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	430
61	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	556
62	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	430
63	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	430
64	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	556
65	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	556
66	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la bărbat	224
67	Terapia chirurgicală a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	224
68	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanțe sclerozante la nivelul venelor varicoase	937
69	Chirurgia varicelor	H12501	Înteruperea joncțiunii safenofemurală varicoasă	937
70	Chirurgia varicelor	H12502	Înteruperea joncțiunii safenopoplitee varicoasă	937
71	Chirurgia varicelor	H12503	Înteruperea joncțiunilor safeno-femurală și safeno-poplitee varicoase	937
72	Chirurgia varicelor	H12601	Înteruperea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	937
73	Chirurgia varicelor	H12602	Înteruperea subfascială a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	937
74	Debridarea nonexcizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02103	Debridarea nonexcizională a arsurii	188
75	Debridarea excizională a părților moi	O19301	Debridarea excizională a părților moi	753
76	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	753
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
78	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	1.118
79	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	706
80	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00701	Incizia și drenajul hematomului tegumentar și al țesutului subcutanat	602
81	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00702	Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale țesutului subcutanat	602
82	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00703	Alte incizii și drenaje ale tegumentelor și țesutului subcutanat	602
83	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	515
84	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat în alte zone	644
85	Chiuretaj cu biopsia de endometru	M02501	Biopsia de endometru	515

86	Chiuretaj cu biopsia de col uterin	M03701	Biopsia de col uterin	515
87	Îndepărtarea corpurilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	P00601	Îndepărtarea corpurilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	526
88	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unică	316
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
90	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	417
91	Rezecția parțială a unghiei încarnate	P02504	Rezecția parțială a unghiei încarnate	328
92	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	O18108	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	440
93	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1.218
94	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15902	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului inferior	328
95	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului superior	328
96	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia peniană	624
97	Terapia chirurgicală a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	937
98	Orhidectomia unilaterală (excizia testicolului)	L02501	Orhidectomia unilaterală	556
99	Orhidectomia bilaterală (excizia testiculelor)	L02502	Orhidectomia bilaterală	556
100	Excizia spermatocelului, unilateral	L02303	Excizia spermatocelului, unilateral	556
101	Excizia spermatocelului, bilateral	L02304	Excizia spermatocelului, bilateral	556
102	Terapia chirurgicală a hidrocelului	L02301	Excizia hidrocelului	556
103	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	624
104	Rezecția endoscopică a leziunii prostatice	L00302	Rezecția endoscopică a leziunii prostatice	556
105	Rezecția endoscopică transuretrală a prostatei	L00601	Rezecția transuretrală a prostatei	861
106	Uretrotomia optică internă pentru stricturi uretrale	K07505	Uretrotomia optică	556
107	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	K07602	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	556
108	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	K06801	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	556
109	Rezecția endoscopică vezicală	K06001	Rezecția endoscopică de leziune sau țesut vezical	556
110	Extragerea endoscopică a litiazei vezicale	K05604	Litolapaxia vezicii urinare	556
111	Cistostomia percutanată cu inserția percutanată a cateterului suprapubic	K05303	Cistotomia percutanată (cistostomia)	301
112	Cistoscopia	K04901	Cistoscopia	344
113	Rezecția endoscopică a ureterocelului	K03801	Rezecția endoscopică a ureterocelului	556
114	Excizia tumorii corneconjunctivale	C01201	Excizia tumorii limbus-ului	286
115	Excizia tumorii corneconjunctivale	C01202	Excizia tumorii limbus-ului cu keratectomie	286
116	Excizia tumorii corneconjunctivale	C02201	Excizia pingueculei	286
117	Repoziționarea cristalinului subluxat	C04401	Repoziționarea cristalinului artificial	286
118	Dacriocistorinostomia	C08802	Dacriocistorinostomia	683

119	Dacriocistorinostomia	C09001	Procedee închise de restabilire a permeabilității sistemului canalicular lacrimal, un ochi	683
120	Septoplastia	E01003	Septoplastia cu rezecția submucoasă a septului nazal	861
121	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01601	Extragere intranazală de polip din antrum-ul maxilar	861
122	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01602	Extragerea intranazală de polip din sinusul frontal	861
123	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01603	Extragere intranazală de polip din sinusul etmoidal	861
124	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01604	Extragere intranazală de polip din sinusul sfenoidal	861
125	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E00801	Extragerea de polip nazal	861
126	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01805	Antrostomia maxilară intranazală, unilateral	683
127	Parotidectomia	E02805	Excizia parțială a glandei parotide	683
128	Chirurgia ronhopatiei cronice	E03601	Uvulopalatofaringoplastia	579
129	Timpanoplastia tip I	D01401	Miringoplastia, abord transcanalar	861
130	Timpanoplastia tip I	D01402	Miringoplastia, abord postauricular sau endauricular	861
131	Cura chirurgicală a tumorilor benigne ale laringelui	G00402	Microlaringoscopia cu extirparea laser a leziunii	861
132	Terapia chirurgicală a apendicitei cronice	J07002	Apendicectomia laparoscopică	861
133	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08101	Excizia fistulei anale implicând jumătatea inferioară a sfincterului anal	579
134	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08102	Excizia fistulei anale implicând jumătatea superioară a sfincterului anal	579
135	Terapia chirurgicală a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	J12401	Biopsia peretelui abdominal sau a ombilicului	347
136	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical	J12507	Excizia granulomului ombilical	347
137	Hernia ombilicală	J12801	Cura chirurgicală a herniei ombilicale	683
138	Hernia epigastrică	J12802	Cura chirurgicală a herniei epigastrice	683
139	Eventrație postoperatorie	J12903	Cura chirurgicală a eventrației postoperatorii cu proteză	683
140	Montare drenaj ureteral intern	K02801	Insertia endoscopica a stentului ureteral	547
141	Dezobstrucția tractului urinar superior	K02901	Dezobstrucția tractului urinar superior prin ureteroscopie cu manipulare endoscopica de calcul ureteral	985
142	Dilatarea progresiva a stricturilor uretrale	K08202	Dilatarea progresiva a stricturilor uretrale	200

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.

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

(1) 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 lei/ședință
2	Litotritție	405 lei/ședință
3	Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	393 lei/administrare
4	Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	276 lei/administrare
5	Strabism la copii - reeducare ortoptică	57 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 lei/administrare zilnică
7.	Inducția tratamentului cu Esketamina*) - maxim 7 vizite/lună/asigurat	86 lei/vizită
8.	Întreținerea tratamentului cu Esketamină*) - maxim 4 vizite/lună/asigurat	86 lei/vizită

▣(2)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 cristalîn**)	1.216 lei/asigurat/un serviciu pentru fiecare ochi, maxim 2 servicii pe CNP
2	Înterupere de sarcină cu recomandare medicală *) valabil pentru sarcini de până la 12 săptămâni de amenoree	315 lei/asigurat/serviciu
3	Amniocenteză***)	1.043 lei/asigurat/serviciu
4	Biopsie de vilozități coriale***)	1.043 lei/asigurat/serviciu
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	231 lei/lună/asigurat
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro - imunologic*)	521 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 lei/asigurat/lună
8	Monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofiliei*)	231 lei/lună/asigurat
9	Boli endocrine (acromegalie în tratament medicamentos și tumori neuroendocrine)****)	231 lei/lună/asigurat
10	Boala Gaucher****)	231 lei/lună/asigurat
11	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
12	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
13	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
14	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
15	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
16	Scleroza multiplă****)	231 lei/lună/asigurat
17	Boli rare****)	231 lei/lună/asigurat
18	Monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice*****)	208 lei/asigurat/semestru
19	Analgezia autocontrolată	80 lei/asigurat/serviciu
20	Analgezie subarahnoidiană	125 lei/asigurat/serviciu
21	Analgezie epidurală simplă	158 lei/asigurat/serviciu
22	Analgezie epidurală cu cateter	242 lei/asigurat/serviciu
23	Blocaj nervi periferici	139 lei/asigurat/serviciu
24	Infuzie periradiculară transforaminală*****)	463 lei/asigurat/serviciu
25	Bloc de ram median posterior*****)	139 lei/asigurat/serviciu
26	Bloc de plex simpatic	463 lei/asigurat/serviciu
27	Ablație cu radiofrecvență de ram median*****)	242 lei/nivel/asigurat/serviciu
28	Ablație cu radiofrecvență a inervației genunchiului sau a articulației coxofemorale*****)	799 lei/asigurat/serviciu

29	Ablație sacroiliacă*****)	799 lei/asigurat/serviciu
30	Infiltrație sacroiliacă*****)	463 lei/asigurat/serviciu
31	Discografie stimulată*****)	463 lei/asigurat/serviciu
32	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic cu investigații de înaltă performanță	474 lei/asigurat/serviciu
33	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic fără investigații de înaltă performanță	236 lei/asigurat/serviciu
34	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	66 lei/pacient/serviciu
35	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	198 lei/pacient/serviciu
36	Discectomie percutană	799 lei/2 discuri/asigurat/serviciu
37	Endoscopie de canal spinal	799 lei/asigurat/serviciu
38	Flavectomie	799 lei/2 discuri/asigurat
39	Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)	394 lei/asigurat/sarcină
40	Monitorizare afecțiuni oncologice cu investigații de înaltă performanță	1.393 lei/asigurat/trimestrial
41	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	236 lei/asigurat/lună
42	Monitorizare insuficiență renală cronică	236 lei/asigurat/lună
43	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	405 lei/asigurat/serviciu
44	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	154 lei/asigurat/serviciu
45	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paralizii cerebrale/paralizii care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.693 lei/asigurat/trimestru
46	Terapia paralizii cerebrale/paralizii care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	1.049 lei/asigurat/trimestru
47	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paralizii cerebrale/paralizii care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.443 lei/asigurat/trimestru
48	Terapia paralizii cerebrale/paralizii care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	798 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 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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
52	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	358 lei/asigurat/trimestrial
53	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	378 lei/asigurat/trimestrial
54	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	456 lei/asigurat/trimestrial
55	Incizia și drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului și gâtului)	602 lei/asigurat/serviciu

56	Suprimarea firelor de sutură la pacienți cu despicături labio-maxilopalatine după plastia buzei sau a palatului	477 lei/asigurat/serviciu
57	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	173 lei/asigurat/serviciu
58	Implantare cateter peritoneal (tariful include și costul cateterului)	799 lei/asigurat/serviciu
59	Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	150 lei/asigurat/trimestru
60	Monitorizarea și tratamentul colagenozelor: poliartrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermato-polimiozită, sindrom Sjorgen, vasculite sistemice, sclerodermie sistemică, spondilită anchilozantă, artropatie psoriazică	231 lei/asigurat/lună
61	Diagnostic și monitorizare artrită precoce	231 lei/asigurat/lună
62	Monitorizarea bolilor hematologice	231 lei/asigurat/lună
63	Diagnosticarea apneei de somn	275 lei/asigurat/serviciu
64	Bronhoscopia asociată ecografiei (EBUS)	1.633 lei/asigurat/serviciu
65	Terapia spasticității membrului superior și/sau inferior aparută ca urmare a unui accident vascular cerebral pentru pacientul adult - cu toxină botulinică	2.317/asigurat/trimestru
66	Cordonocenteza***)	1.043 lei/asigurat/serviciu
67	Evaluarea Sindromului Post Covid-19	479 lei/asigurat/serviciu
68.	Monitorizarea pacientului cu stenoze coronariene sau periferice	267 lei/asigurat/serviciu
69.	Monitorizarea prin RMN cardiac a pacientului cu infarct miocardic acut în antecedente	882 lei/asigurat/serviciu
70.	Monitorizarea prin Angio CT cardiac a pacientului cu stent sau bypass coronarian	967 lei/asigurat/serviciu
71.	Monitorizarea prin Angio CT periferic a pacientului cu stent periferic, bypass periferic sau în urma unei proceduri de angioplastie periferică	612 lei/asigurat/serviciu
72.	Tratamentul anemiei prin carență de fier la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică prin administrare de fier injectabil intravenos	588 lei/asigurat/serviciu
73.	Monitorizarea cardiacă a pacientului post-COVID prin RMN cardiac	967 lei/asigurat/serviciu
74.	Monitorizarea cardiacă a pacientului post-COVID prin Angio CT coronarian	1.007 lei/asigurat/serviciu
75.	Tratamentul anemiei din boala cronică renală	999 lei/asigurat/serviciu
76.	Terapie imunosupresivă în boala cronică renală	1.661 lei/asigurat/serviciu
77.	Monitorizarea evoluției fenilcetonuriei	359 lei/asigurat/serviciu
78.	Diagnostic și stadializare cu proceduri de înaltă performanță (2 segmente torace/abdomen sau abdomen/pelvis) în tumori digestive	868 lei/asigurat/serviciu
79.	Diagnostic și stadializare cu proceduri de înaltă performanță (3 segmente torace/abdomen/pelvis) în tumori digestive	917 lei/asigurat/serviciu
80.	Diagnostic cu proceduri de înaltă performanță (1 segment abdomen) în boli inflamatorii intestinale	867 lei/asigurat/serviciu
81.	Paracenteza	500 lei/asigurat/serviciu
82.	Reechilibrare hidro-electrolitică la pacienții cu boli cronice progresive	491 lei/asigurat/serviciu
83.	Inițierea terapiei antalgice la pacienții cu durere severă	482 lei/asigurat/serviciu
84.	Evaluare și tratament la pacientul cu limfedem secundar	482 lei/asigurat/serviciu
85.	Monitorizarea pacientului cu durere cronică severă generată de boli cronice progresive	474 lei/asigurat/serviciu
86.	Monitorizarea pacientului cu dermatita atopică forma moderat-severă în tratament cu terapii inovatoare (biologice sau cu molecule mici)	231 lei/lună/asigurat
87.	Tratamentul prin titrare automată al apneei de somn diagnosticată prin poligrafie	400 lei/asigurat/serviciu
88.	Monitorizarea și ajustarea tratamentului tulburărilor respiratorii de somn	374 lei/asigurat/serviciu
89.	Diagnosticul, tratamentul și monitorizarea tulburărilor respiratorii de somn	502 lei/asigurat/serviciu
90.	Poligrafie	440 lei/asigurat/serviciu
91.	Poligrafie și titrare automată	702 lei/asigurat/serviciu
92.	Polisomnografie și titrare automată	802 lei/asigurat/serviciu
93.	Diagnosticul complex al bolii de suprafață oculară (DED) și al altor boli ale suprafeței oculare	583 lei/asigurat/serviciu
94.	Tratamentul bolii de suprafață oculară (DED) cu ser autolog și sau imunomodulatoare topice	325 lei/asigurat/serviciu
95.	Crosslinking pentru keratoconus	950 lei/asigurat/serviciu

96.	Injectare intravitreana de substante terapeutice și monitorizare	500 lei/asigurat/serviciu
97.	Tratament și monitorizare tratament chirurgical glob ocular	300 lei/asigurat/serviciu
98.	Tratament și monitorizare examinare copil în narcoză	731 lei/asigurat/serviciu
99.	Tratament și monitorizare injecție intraoculară	350 lei/asigurat/serviciu
100.	Tratament și monitorizare tratament laser glaucom	350 lei/asigurat/serviciu
101.	Tratament și monitorizare tratament laser pol posterior al globului ocular	286 lei/asigurat/serviciu
102.	Tratament și monitorizare sondaj cai lacrimale la copil în narcoză	800 lei/asigurat/serviciu
103.	Diagnosticul și tratamentul anemiei și/sau deficitului de fier, cu fier intravenos, la pacienții cu boli inflamatorii intestinale	588 lei/asigurat/serviciu
104.	Monitorizarea pacienților cu tumori neuroendocrine utilizând scintigrafie 99m-Tc-EDDA-HYNIC TOC (Tektrotyd) *****)	3.253 lei/asigurat/serviciu
105.	Inițiere protocol de administrare a Esketaminei*)	126 lei/asigurat/serviciu
106.	Montare pompe de insulina sau pompe de insulina cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei	222 lei/asigurat/serviciu
107.	Montare sisteme de monitorizare continuă a glicemiei	222 lei/asigurat/serviciu
108.	Urgență medicală cu investigații de înaltă performanță (CT, RMN) în camerele de gardă	517 lei/asigurat/serviciu
109.	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/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 afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1Beta și (**)1Omega, 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, (**)1Beta și (**)Omega, 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.

(3) B.4.1. 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 închide fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif pe serviciu medical
1.	Ciroza hepatica - 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 lei
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 lei/asigurat/serviciu
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 lei
4.	Hepatită 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 lei
5.	Hepatită 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 lei
6.	Hepatită cronică virală B cu agent delta - diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHD	453 lei
7.	Hepatită 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 lei
8.	Hepatită cronică virală C - diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHC, Fibroscan	579 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 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 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 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 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 lei
14.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip I (Serviciu anual per asigurat)	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 gleză-brăț (Doppler), Ecografie cardiacă, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare	250 lei
15.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip II (Serviciu anual per asigurat)	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 gleză-brăț (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 lei
16.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip III (Serviciu anual per asigurat)	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 gleză-brăț (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere), Monitorizare Holter tensiune arterială, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare	320 lei
17.	Monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburări 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 lei/serviciu
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 a sângelui pacientului în perioada perioperatorie	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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
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	952 lei/asigurat/serviciu

		(inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	
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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
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 flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	1.011 lei/asigurat/serviciu
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 flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	905 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
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 lei/asigurat/serviciu
31.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip IV (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie, Glicemie, Hemoglobina glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, EKG de repaus 12 derivații, Indicele gleznă-brăț (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere), Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului heart score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare, Angio CT	967 lei
32.	Depistarea și controlul insuficienței cardiace la populația la risc (incluzând examinarea RMN cord și determinarea NT-proBNP) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie, RMN cord cu contrast, determinarea NT-pro BNP	1.007 lei
33.	Monitorizarea prin RMN cardiac a pacientului cu infarct miocardic acut în antecedente (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie, EKG de repaus 12 derivații, Indicele gleznă-brăț (Doppler), Ecografie cardiacă, Rezonanță magnetică nucleară cord cu contrast	805 lei
34.	Monitorizarea prin Angio CT cardiac a pacientului cu stent sau bypass coronarian (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie sau chirurgie cardiovasculară, Angio CT cardiac cu contrast	805 lei

35.	Monitorizarea prin Angio CT periferic a pacientului cu stent periferic, bypass periferic sau în urma unei proceduri de angioplastie periferică (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie, chirurgie vasculară sau chirurgie cardiovasculară, Angio CT periferic cu contrast	480 lei
36.	Managementul sindroamelor coronariene cronice (Serviciu anual per asigurat)	Consult cardiologic, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, uree, creatinină, EKG, Angio CT coronarian	867 lei
37.	Evaluarea cardiomiopatiilor și a patologiei cardiace complexe (Serviciu anual per asigurat)	Consult cardiologic, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, uree, creatinină, ecocardiografie, EKG, test de efort, RMN	975 lei
38.	Evaluarea și monitorizarea ischemiei miocardice în sindromul coronarian cronic (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, uree, creatinină, ecocardiografie, EKG, test de efort, scintigrafie miocardică de stress și de repaus	1.181 lei
39.	Evaluarea riscului cardiovascular la pacienții cu istoric familial, prin depistarea mutațiilor genetice asociate cu risc crescut de boli cardiovasculare rare cu transmitere genetică (o dată în viață)	Consultație de specialitate cardiologie, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, creatinină, creatinkinaza, BNP, ecocardiografie, EKG, testare genetică "next generation sequencing" panel boli cardiovasculare	1.840 lei/asigurat
40.	Boli alergice cu suspiciune de polisensibilizare și limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergene moleculare multiple (multiplex)	843 lei
41.	Boli alergice cu suspiciune de polisensibilizare și limitarea testării in vivo - monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergene moleculare multiple (multiplex)	843 lei
42.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene respiratorii și limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (set de 8 alergene moleculare respiratorii)	643 lei
43.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene respiratorii și limitarea testării in vivo - monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 8 alergene moleculare respiratorii)	643 lei
44.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene alimentare și limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 8 alergene moleculare alimentare)	643 lei
45.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene alimentare și limitarea testării in vivo - monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 8 alergene moleculare alimentare)	643 lei
46.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene din veninuri de himenoptere și limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 6 alergene moleculare din veninuri de himenoptere)	493 lei
47.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene din veninuri de himenoptere și limitarea testării in vivo - monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 6 alergene moleculare din veninuri de himenoptere)	493 lei
48.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la medicamente și	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular	343 lei

	limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	individual (singleplex) (singleplex) (set de 4 alergene moleculare medicamentoase)	
49.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la medicamente și limitarea testării in vivo - monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 4 alergene moleculare medicamentoase)	343 lei
50.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la latex și limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 2 alergene moleculare din latex)	193 lei
51.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la latex și limitarea testării in vivo - monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 2 alergene moleculare din latex)	193 lei
52.	Acondroplazia - monitorizare cu proceduri de înaltă performanță la pacienții cu suspiciune de complicații neurologice și respiratorii severe (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate genetică medicală sau neurologie, creatinina serică, spirometrie, RMN craniu nativ și cu substanță de contrast	796 lei
53.	Boala Fabry - monitorizare (Serviciu bianual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă, uree serică, creatinină serică, rata filtrării glomerulare, dozare proteine urinare, microalbuminurie, examen sumar de urina, colesterol seric total, trigliceride serice, LDL-colesterol, HDL-colesterol, Na seric, K seric, Ca seric total, Ecocardiografie+ Doppler color Spirometrie	255 lei
54.	Osteogenza imperfecta - monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă, Ca seric total, fosfor seric, fosfataza alcalină, proteine totale serice, GOT, GPT, creatinină serică, eRFG, 25-OH Vit. D, examen complet de urină, DXA coloană lombară și șold, radiografie coloană anteroposterior și profil	256 lei
55.	Sindromul Down - monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă, sideremie, feritină, glicemie, colesterol total, trigliceride serice, GOT, GPT, creatinină serică, Ca seric total, Na seric, K seric, proteina C reactivă, TSH, anticorpi anti-gliadina/anti - transglutaminaza tisulara, Examen complet de urină, EKG, Ecocardiografie + Doppler color, Audiogramă	409 lei
56.	Distrofie musculară Duchenne/Becker - monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă, sideremie, feritină, glicemie, proteine serice totale, colesterol total, trigliceride serice, GOT, GPT, creatinină serică, Na seric, K seric, Ca seric total, 25-OH vitamina D, VSH, proteina C reactivă, CK, TSH, examen complet de urină, EKG, ecocardiografie+ Doppler color, evaluare respiratorie funcțională, evaluare status nutrițional	291 lei
57.	Sindrom DiGeorge - monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, Hemoleucogramă completă, Calciu seric total, parathormon seric, TSH, FT4, EKG, ecocardiografie + Doppler color, ecografie renală, audiogramă, radiografie coloană vertebrală	381 lei
58.	Sindromul Williams - monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, Hemoleucogramă completă, sideremie, glicemie,	350 lei

		colesterol total, trigliceride serice, GOT, GPT, creatinină serică, Na seric, K seric, Ca seric total și Ca urinar, 25-OH vitamina D, VSH, proteina C reactivă, TSH, examen complet de urină, EKG, ecocardiografie + Doppler color, ecografie renală	
59.	Hiperchilomicoanemie	Consultatie de specialitate în specialitatea: pediatrie/diabet și boli metabolice Analize de laborator: Hemograma, glicemie, TGO, TGP, bilirubina directă, bilirubina totală proteine serice totale, albumina, GGT, fosfataza alcalină, LDH, TQ și INR, APTT fibrinogen, TSH, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, trigliceride	223 lei
60.	Sindrom Smith Lemil Opitz	Consultatie de specialitate în specialitatea: pediatrie/diabet și boli metabolice Analize de laborator: Hemograma, glicemie, TGO, TGP, colesterol total, colesterol HDL colesterol LDL, Lipaza, trigliceride	112 lei
61.	Boala depozitarii glicogenului	Consultatie de specialitate în specialitatea: pediatrie/diabet și boli metabolice Analize de laborator: Hemograma, glicemie TGO, TGP, bilirubina directă, bilirubina totală proteine serice totale, albumina, GGT, fosfataza alcalină, LDH, TQ și INR, APTT fibrinogen, colesterol total, colesterol HDL colesterol LDL, acid uric, uree, creatinina microalbuminuria, CK, Na, K Investigatii imagistice: Ecografie abdomen, Ecografie cord	324 lei
62.	Evaluarea preoperatorie a pacienților programați pentru intervenții chirurgicale electiv majore*****)	Hemoleucograma completă, feritina serică, proteina C reactivă, glicemie, creatinina serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT, proteine totale, albumina serică, TGO, TGP, determinare grup sanguin și Rh Consultație cardiologie EKG Ecografie cardiacă Consultație medic Anestezie și terapie intensivă	319 lei
63.	Evaluarea preoperatorie a pacienților programați pentru intervenții chirurgicale electiv majore cu administrare de fier intravenos 500 mg*****)	Hemoleucograma completă, feritina serică, proteina C reactivă, glicemie, creatinina serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT, proteine totale, albumina serică, TGO, TGP, determinare grup sanguin și Rh Consultație cardiologie EKG Ecografie cardiacă Consultație medic Anestezie și terapie intensivă Fier injectabil intravenos 500-1000 mg	789 lei
64.	Evaluarea preoperatorie a pacienților programați pentru intervenții chirurgicale electiv majore cu administrare de fier intravenos 1000 mg*****)	Hemoleucograma completă, feritina serică, proteina C reactivă, glicemie, creatinina serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT, proteine totale, albumina serică, TGO, TGP, determinare grup sanguin și Rh Consultație cardiologie EKG Ecografie cardiacă Consultație medic Anestezie și terapie intensivă Fier injectabil intravenos 500-1000 mg	1.258 lei
65.	Monitorizarea nou-născutului prematur	Consultație de specialitate în specialitatea: Pediatrie/oftamologie/neurologie/dermatologie Analize de laborator: Hemograma, CRP, proteine totale, bilirubina directă, bilirubina totală, sideremie, IgM, IgG, uree, creatinina Investigatii imagistice: Ecografie abdominală, Ecografie cord, Ecografie sold, ETF	425 lei
66.	Gastroenterite alimentare și alergice la copii	Consultatii de specialitate în specialitatea: pediatrie/gastroenterologie/alergologie Analize de laborator: Hemograma, Frotiu sangvin, CRP, VSH, Proteine, Albumina serică, Colesterol, HDL colesterol, LDL colesterol, Trigliceride, Sideremie, Feritina IgE, TGO, TGP, Uree, Creatinina, APTT INR și timp Quick, Fibrinogen, Amilaza Glicemie, Sodiu seric, Potasiu seric, Calciu ionic, Calciu total, Bicarbonat seric, Test pt hemoragii oculute, Antigen Helicobacter Pylori Investigatii imagistice: Ecografie abdomen	519 lei

67.	Evaluarea cardiologica a bolnavului oncologic, inainte de initierea tratamentul chimio si/sau radioterapic	Consultație de specialitate în specialitatea cardiologie EKG - 12 derivatii, Ecocardiografie Doppler color, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, trigliceride, glicemie, TGO, TGP, creatinina cu RFGe, uree, Ionograma serica completa, acid uric, Hemoleucograma, feritina, coeficient de saturatie al transferinei, sideremie, FT4, TSH	328 lei
68.	Evaluarea cardiologica a bolnavului oncologic, în timpul chimio/radioterapiei	Consultație de specialitate în specialitatea cardiologie EKG 12 derivatii, Ecografie Doppler vasculara periferica (artere sau vene), Ecocardiografie Doppler color, inclusiv GLS (deformare longitudinala globala), Holter EKG/24 sau 72 ore sau TA/24 ore Creatinina cu RFGe, uree, proteine serice totale, electroforeza proteinelor serice, TGO, TGP, D-Dimeri, NT-proBNP, ionograma serica, Hemoleucograma completa, sideremie, feritina, coeficient de legare al transferinei	550 lei
69.	Tratamentul cariei simple la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul cariei simple	693 lei
70.	Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	738 lei
71.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare	728 lei
72.	Tratamentul afecțiunilor pulpare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul afecțiunilor pulpare	793 lei
73.	Tratamentul gangrenei pulpare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul gangrenei pulpare	833 lei
74.	Tratamentul paradontitelor apicale prin incizie la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul paradontitelor apicale prin incizie	723 lei
75.	Tratamentul afecțiunilor paradonțului la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul afecțiunilor paradonțului	670 lei
76.	Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale	621 lei
77.	Extracția dinților temporari la copii cu nevoi speciale	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Extracția dinților temporari	621 lei
78.	Extracția dinților permanenți la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Extracția dinților permanenți	698 lei
79.	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	653 lei
80.	Decapuşonarea la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Decapuşonare	631 lei
81.	Reducerea luxației articulației temporo - mandibulare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	630 lei
82.	Fluorizare la copii cu nevoi speciale	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Fluorizare	637 lei

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1Beta și (**)1Omega, 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, (**)1Beta și (**)1Omega, 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 publice 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.

*****) Pentru serviciile de la poz. 40 și 41: investigația IgE specifice serice pentru alergene moleculare multiple (multiplex) cuprinde minim următoarele alergene moleculare: Der p/f 1, Der p/f 2, Der p 10, Der p 23 (acarieni din praf de casă); Alt a 1, Alt a 6, Asp f 1; Asp f 3, Asp f 6 (fungi); Fel d 1, Fel d 2, Fel d 4 (epitelii pisică); Can f 1, Can f 2, Can f 3, Can f 4 (epitelii câine); Bet v 1, Bet v 2 (polen mesteacăn); Phl p 1, Phl p 2, Phl p 5, Phl p 6, Phl p 7, Phl p 12 (polen graminee); Art v 1 (polen Artemisia vulgaris); Amb a 1 (polen Ambrosia artemisiifolia); Bos d 4, Bos d 5, Bos d 6, Bos d 8 (lapte de vacă); Gal d 1, Gal d 2, Gal d 3, Gal d 5 (ou găină); Gly m 4, Gly m 5, Gly m 6 (soia); Ara h 1, Ara h 2, Ara h 3, Ara h 6, Ara h 8, Ara h 9 (arahide); Cor a 1, Cor a 8, Cor a 9, Cor a 14 (alune de pădure); Jug r 1, Jug r 3 (nuci); Ana o 3 (caju); Ses i 1 (susan); Tri a 14, Tri a 19, Tri a aA_Tl (grâu); Pru p 3 (piersică); Mal d 1 (măr); Act d 1, Act d 5 (kiwi); Pen m 1, Pen m 2, Pen m 4, Gad c 1/Gad m 1 (fructe de mare și peste); Hev b 1, Hev b 3, Hev b 5, Hev b 6, Hev b 8 (latex natural). Pentru serviciile de la pozițiile 42 și 43, se contractează numai cu unitățile sanitare care au angajați medici din specialitatea alergologie și imunologie clinică și pentru a fi decontată de CNAS investigația "IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)" trebuie să cuprindă un set de 8 alergene moleculare respiratorii din următoarea listă: Der p 1, Der p 2, Der p 23 (acarieni din praf de casă); Alt a 1, 3 Asp f 1, Asp f 2 (fungi); Fel d 1 (epitelii pisică); Can f 1, Can f 2, Can f 5 (epitelii câine); Bet v 1 (polen mesteacăn); Phl p 1, Phl p 5 (polen graminee); Art v 1 (polen Artemisia vulgaris); Amb a 1 (polen Ambrosia artemisiifolia var elatior).

Pentru serviciile de la pozițiile 44 și 45, se contractează numai cu unitățile sanitare care au angajați medici din specialitatea alergologie și imunologie clinică și pentru a fi decontată de CNAS investigația "IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)" trebuie să cuprindă un set de 8 alergene moleculare alimentare din următoarea listă: alfa-lactalbumina Bos d 4, beta-lactoglobulina Bos d 5, albumina serica Bos d 6, cazeina Bos d 8 (lapte de vacă); alfa-Gal (tiroglobulina bovină); ovomucoid Gal d 1, ovalbumina Gal d 2, conalbumina Gal d 3, lizozim Gal d 4 (ou găina); Gly m 5, Gly m 6 (soia); Ara h 1, Ara h 2, Ara h 3, Ara h 9 (arahide); Cor a 9, Cor a 14 (alune de pădure); Jug r 1 (nuci), Ana o 3 (caju), Tri a 14, omega-5 gliadina Tri a 19 (grâu); Pru p 3, Pru p 7 (piersică); Pen m 1/Pen a 1, Gad c 1 (crevette și pește cod).

Pentru serviciile de la pozițiile 46 și 47, se contractează numai cu unitățile sanitare care au angajați medici din specialitatea alergologie și imunologie clinică și pentru a fi decontată de CNAS investigația "IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)" trebuie să cuprindă un set de 6 alergene moleculare din veninuri de himenoptere: Api m 1, Api m 3, Api m 4, Api m 10 (venin albină), Ves v 1, Ves v 5 (venin viespe).

Pentru serviciile de la pozițiile 48 și 49, se contractează numai cu unitățile sanitare care au angajați medici din specialitatea alergologie și imunologie clinică și pentru a fi decontată de CNAS investigația "IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)" trebuie să cuprindă un set de 4 alergene moleculare medicamentoase: peniciloil G, peniciloil V, ampiciloil/ampicilina, amoxiciloil/amoxicilina (molecule și determinanți antigenici peniciline).

Pentru serviciile de la pozițiile 50 și 51, se contractează numai cu unitățile sanitare care au angajați medici din specialitatea alergologie și imunologie clinică și pentru a fi decontată de CNAS investigația "IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)" trebuie să cuprindă un set de 2 alergene moleculare din latex: Hev b 5, Hev b 6 (latex natural).

*****) Se acordă numai pentru pacienții care urmează a fi supuși intervențiilor chirurgicale electiv majore:

- chirurgie generală, ginecologică și toracică: Hemihepatectomie, Adrenalectomie, Esofagectomie, Duodeno-pancreatectomie, Gastrectomie, Hemicolecție, Splenectomie, Alte intervenții mari pe abdomen, bazin sau torace
- chirurgie vasculară: Chirurgia vaselor mari, Amputații de membre inferioare
- neurochirurgie: Osteosinteză, repoziționare deschisă și osteoplastia coloanei vertebrale, Craniotomia, incizarea meningelor și/sau a creierului
- ortopedie-traumatologie: Operații pe bazin și articulația șoldului, Operații pe coloana vertebrală, Plăstie cu lambouri, Operații pe coapsă (osteosinteză, osteotomie), Pacienți politraumatizați, Operații la nivelul brațului (endoproteze, osteosinteză, osteotomie)
- urologie: Cistectomie, Nefrectomie (inclusiv parțială), Prostatectomie deschisă
- chirurgie cardiacă: Intervenții care necesită circulație extra-corporeală, Pericardectomie

Pacienții care sunt propuși pentru acest tip de intervenții au, de multe ori, comorbidități asociate și un status nutrițional precar.

▣(4)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 închide fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif/serviciu - lei -
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 Detectia Streptococului de grup B (S34-S37 + 6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii	733
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 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) 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 Detectia Streptococului de grup B (S34-S37 + 6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii	450
3.	Screening prenatal (S11-S19 + 6 zile) *2)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrative a rezultatelor) Dublu test/triplu test Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11-S19 + 6 zile)	639
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Creatinina serică Acid uric seric TGP TGO Examen complet de urină (sumar + sediment)	163

		Dozare proteine urinare Proteine totale serice Ecografie obstetricală și ginecologică	
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	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	165
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III) *3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Cardiotocografie Ecografie obstetricală și ginecologică	164
7.	Depistarea precoce a cancerului de sân *4)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Comunicare rezultat	238
8a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5a)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	342
8b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5b)	Consult chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Mamografie digitală *10) Mamografie cu tomosinteză unilateral Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	702
9.	Depistarea și 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
9a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic și ecografic *6a)	Puncție biopsie mamară ghidată ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (1-3 blocuri) *10a) Teste imuno-histochimice *10a) Comunicare rezultat	953
9b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografic și/sau ecografic *6b)	Puncție biopsie mamară cu vacuum ghidată mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic *10a) Examen imunohistochimic *10a) Comunicare rezultat	3.080
10.	Depistarea și 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
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie*8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	251
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

*1) Se contractează 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.

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

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă, la luarea în evidență a acestora 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 acestora sub semnătura de primire.

*2) Se contractează 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 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, 2 sau 1 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice nr. [1881/2006](#), cu modificările și completările ulterioare.

*4) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.

În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat/competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale și a interpretării mamografiei în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Serviciile de la poziția 7 se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat negativ la interpretarea mamografiilor digitale.

*5a) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.

În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat/competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, a interpretării mamografiei și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Serviciile de la poziția 8a se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale.

*5b) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care:

- 1.nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
- 2.prezintă leziuni și densități asimetrice la interpretarea mamografiei digitale sau/și;
- 3.necesită evaluarea potențialelor distorsiuni arhitecturale și diferențierea acestora față de țesutul glandular sau/și;
- 4.prezintă suspiciunea unei densități acoperită de țesutul glandular.

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.

În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat/competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, interpretării mamografiei, efectuării și interpretării mamografiei cu tomosinteză unilateral și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de screening specifică, în scopul depistării precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Serviciile de la poziția 8b se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale și care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru mamografie digitală cu tomosinteză.

*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 și 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.

Se efectuează prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

În cazul unui rezultat pozitiv la femeile cu vârstă cuprinsă între 35 și 64 ani se indică triaj citologic.

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

Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății. Serviciul se validează după consultația a II-a în cadrul căreia se comunicarea rezultatului și se indică conduită în funcție de rezultat; serviciul se efectuează cu raportarea obligatorie a rezultatului la test se raportează către programul național de screening pentru cancerul de col uterin (de la laborator).

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.

*6a) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femei asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și ecografie, care:

- 1.nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

2. prezintă imagistic leziuni infraclinice ale sânului

În vederea validării în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, medicul care efectuează procedura de biopsie, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare ghidate ecografic și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*6b) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femeii asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și/sau ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;

2. prezintă imagistic leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului

În vederea validării în cadrul screeningului pentru cancerul de sân, medicul care efectuează procedura, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare cu vacuum și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*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. Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății.

*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. Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății.

*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.

*10) Tariful pentru serviciul de la pozițiile 7, respectiv 8a/8b, este același, indiferent dacă mamografia digitală/ecografia de sân, după caz, se efectuează pentru un sân sau pentru ambii săni.

*10a) Tariful pentru serviciul de la poziția 9a/9b este pentru o procedură de puncție biopsie a sânului și testele histopatologice și imunohistochimice aferente acesteia.

NOTA 1a.

- tehnicienii radiologi care efectuează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durată minimă de 40 ore de pregătire;

- medicii care interpretează mamografiile digitale, și medicii care efectuează ecografii mamare în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durată minimă de 60 ore de pregătire;

- cel puțin unul din medicii care interpretează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui

atestat/competențe de senologie imagistică iar celălalt este necesar să aibă specialitatea radiologie imagistică medicală;

- medicii care interpretează mamografia digitală cu tomosinteză în cadrul serviciilor de la poziția 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică;

- medicii care efectuează ecografie mamară în cadrul serviciilor de la pozițiile 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică.

NOTA 1b. Serviciile de la poziția 7 se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA 1c. Serviciile de la poziția 7 se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *4). În cazul în care serviciile de la poziția 7 nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi, pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării acestora de către un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *4).

NOTA 1d. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA 1e. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).

În cazul în care serviciile de la pozițiile 8a, 8b nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator/unități sanitare cu paturi pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării de către un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).

NOTA 2a.

- medicii din specialitățile chirurgie generală, obstetrică ginecologie, respectiv oncologie medicală, radioterapie și radiologie și imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9a, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire;

- medicii din specialitățile oncologie medicală, radioterapie și radiologie și imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9a, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică;

- medicii care efectuează puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire, să aibă permis CNCAN nivel 2 (pentru puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic) și să facă dovada absolvirii unui atestat/competențe în senologie imagistică;

- medicii din specialitatea anatomopatologie care efectuează testele histopatologice și imunohistochimice aferente puncției biopsie a sânului în cadrul serviciilor de la poziția 9a, 9b trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de anatomopatologie a leziunilor sânului în cadrul depistării precoce a cancerului de sân cancerului de sân, cu durată minimă de 60 ore de pregătire.

NOTA 2b. Serviciile de la poziția 9a se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu ghidaj ecografic, cu marcaj aplicat și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA 2c. Serviciile de la poziția 9b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu vacuum cu ghidaj mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân/SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

SECTIUNEA 4: 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, 35, 108 și 109 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.

SUBCAPITOLUL 3: C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.

(1)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.urgente 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).

(2)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.urgente 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).

(3)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

(4)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, 35, 108 și 109 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 ai cardului 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, cu modificările și completările ulterioare, 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.

☐CAPITOLUL IV:

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 nr. 23:

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂȚI SANITARE CU PATURI ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

☐ANEXA nr. 24:

- model -

☐A) FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Şef departament | URGENTĂ: DA/NU |
..... |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ ţintă/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare
3. Greutate Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case | Data:
..... | Ora:
5. Internat DA/NU - |
Secţia nr. FO | Substanţă contrast: DA*)/NU
6. S-au epuizat celelalte metode *) Se va aplica semnătura şi parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie
..... | şi imagistică medicală
..... | Precizări:
DA/NU |
7. Dg. trimitere | Observaţii speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/
8. Date clinice şi paraclinice | Dificilă
care să justifice explorarea | 3. Antecedente alergice DA/NU
RMN: | 4. Astm bronşic DA/NU
..... | 5. Crize epileptice DA/NU
..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de
..... | osteosinteză
Dacă DA Data Unde | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze
..... | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant Data: | metalelor (schije, obiecte metalice)
Semnătura şi parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular
solicitant | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice
..... |
..... | Semnătura pacientului
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)

În caz de urgenţă, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în cel mult 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

| PREZENŢA UNUI PACEMAKER ESTE O
| CONTRAINDICAŢIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |
|

**) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

B) FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ țintă/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**
3. Greutate Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |
Alte case | Data:
..... | Ora:
5. Internat DA/NU - |
Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU
..... | *) Se va aplica semnătura și parafa
..... | medicului de specialitate radiologie
..... | și imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode |
de diagnostic: DA/NU | Precizări:
7. Dg. trimitere |
..... |
8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit
să justifice explorarea CT: |
..... |
..... |
..... |
..... |
9. Examen CT anterior: DA/NU |
10. Toleranță la substanța iodată: |
DA/NU |
Trimis de (spital, clinică) |
Medic solicitant Data: |
Semnătura și parafa medicului
solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar
scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

■C)FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament | URGENȚĂ: DA/NU |
..... |

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat
Organ/segment anatomic de examinat
1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare**
3. Greutate Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU |
Alte case | Data:
..... | Ora:
5. Internat DA/NU - |
Secția nr. FO |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU | Precizări*):
7. Dg. trimitere |
..... |
8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea
..... |
..... |
..... |
..... | *) Sarcina reprezintă
9. Examen scintigrafic anterior: | contraindicație de efectuare a
DA/NU | examenului scintigrafic
10. Stări alergice*): DA/NU |
Trimis de (spital, clinică) | Semnătura pacientului
Medic solicitant Data: | (acolo unde este necesară
Semnătura și parafa medicului | confirmarea)
Solicitant

Aviz șef secție solicitantă cu
asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezul
în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în
iar rezultatul scris în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

■D)FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Şef departament	URGENTĂ: DA/NU
-----------------	----------------

Tip de examen angiografic indicat	
Organ/segment anatomic de examinat	
1. Pacient: Nume Prenume	telefon
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare	
3. Greutate Kg	Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU	
Alte case	Data:
	Ora:
5. Internat DA/NU -	
Secția nr. FO	
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU	Precizări*):
7. Dg. trimitere	
.....	
.....	Observații speciale legate de
8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea	pacient:
.....	1) Pacient diabetic DA/NU
.....	- în tratament cu sulfamide
.....	hipoglicemiante DA/NU
.....	(dacă DA se oprește tratamentul cu
.....	48 de ore înaintea investigației)
.....	2) Hepatita DA/NU
.....	Diagnostic angiografic stabilit
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
9. Examen angiografic anterior: DA/NU	
10. Puls: - arteră femurală dreaptă	*) - Pacientul se va prezenta
.....	obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă	efectuate: activitatea protrombinică
.....	și timpul de protrombină determinate
	în ziua efectuării investigației,
	creatinină, uree, ECG, tensiune
	arterială, antigen HbS, test HIV
	- Administrarea anticoagulantelor
	cumarinice trebuie oprită cu 72 de
	ore înaintea investigației;
	medicația antihipertensivă și
	antiaritmică NU se oprește;
	Semnătura pacientului
	(acolo unde este necesară
	confirmarea)
10. Stări alergice*): DA/NU	
- la substanța de contrast	
- alte alergii	
Trimis de (spital, clinică)	
Medic solicitant Data:	
Semnătura și parafa medicului	
solicitant	

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatele scrise în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în maximum 12 zile.

**ANEXA nr. 25: DURATA DE SPITALIZARE PE
SECȚII/COMPARTIMENTE VALABILĂ PENTRU TOATE
CATEGORIILE DE SPITALE**

Nr. crt.	Cod secție	Denumire secție	Durată de spitalizare realizată 2022
1	1011	Boli infecțioase	7,74
2	1012	Boli infecțioase copii	4,61
3	1023	HIV/SIDA	5,65
4	1033	Boli parazitare	5,13
5	1051	Cardiologie	5,42
6	1052	Cardiologie copii	5,22
7	1061	Cronici	10,81
8	1061_PAL	Îngrijiri paliative	31,64
9	1071	Dermatovenerologie	6,01
10	1081	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	5,85
11	1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	4,15
12	1101	Endocrinologie	3,29
13	1102	Endocrinologie copii	2,42
14	1111	Gastroenterologie	5,10
15	1121	Geriatric și gerontologie	11,86
16	1131	Hematologie	5,79
17	1132	Hematologie copii	4,75
18	1151	Imunologie clinică și alergologie	3,27
19	1152	Imunologie clinică și alergologie copii	3,83
20	1171	Medicină internă	6,67
21	1191	Nefrologie	6,69
22	1192	Nefrologie copii	4,60
23	1202	Neonatologie (nn și prematuri)	3,96
24	1212	Neonatologie (nou născuți)	3,97
25	1222	Neonatologie (prematuri)	15,09
26	1222.1	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de grad II	13,11
27	1222.2	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	19,71
28	1231	Neurologie	7,68
29	1232	Neurologie pediatrică	4,19
30	1241	Oncologie medicală	4,29
31	1242	Oncopediatrie	7,17
32	1252	Pediatrie	4,15
33	1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)	3,83
34	1272	Pediatrie (Recuperare pediatrică)	23,27
35	1282	Pediatrie cronici	8,30
36	1291	Pneumologie	7,91
37	1292	Pneumologie copii	4,69
38	1301	Pneumoftiziologie	29,86
39	1302	Pneumoftiziologie pediatrică	17,69
40	1311	Psihiatrie acută	9,56
41	1312	Psihiatrie pediatrică	5,83
42	1321	Psihiatrie (Nevroze)	8,16
43	1333.1	Psihiatrie cronici (lungă durată)	365,70
44	1333.2	Psihiatrie cronici	54,71

45	1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	9,84
46	1353	Toxicomanie	10,51
47	1363	Radioterapie	7,73
48	1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	11,17
49	1372	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	27,84
50	1383	Recuperare medicală cardiovasculară	11,26
51	1393	Recuperare medicală neurologie	12,79
52	1393_REC	Recuperare medicală	10,34
53	1403	Recuperare medicală ortopedie și traumatologie	10,45
54	1413	Recuperare medicală respiratorie	10,07
55	1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	14,41
56	1433	Reumatologie	5,83
57	1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	5,99
58	1463	Toxicologie	2,89
59	1473	Secții sanatoriale	20,83
60	1473_B	Secții sanatoriale balneare	21,00
61	1473_P	Preventorii	57,00
62	1493	Genetică medicală	10,17
63	2013	Arși	13,65
64	2033	Chirurgie cardiovasculară	9,11
65	2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	11,46
66	2051	Chirurgie generală	6,13
67	2063	Chirurgie laparoscopică	4,79
68	2083	Chirurgie oncologică	6,27
69	2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	3,56
70	2102	Chirurgie pediatrică	3,97
71	2113	Chirurgie plastică și reparatorie	4,87
72	2123	Chirurgie toracică	7,28
73	2133	Chirurgie vasculară	6,38
74	2141	Ginecologie	3,65
75	2151	Gineco-oncologie	3,17
76	2173	Neurochirurgie	7,13
77	2181	Obstetrică	3,99
78	2191	Obstetrică-ginecologie	3,83
79	2201	Oftalmologie	2,68
80	2202	Oftalmologie copii	3,18
81	2211	Ortopedie și traumatologie	6,04
82	2212	Ortopedie pediatrică	3,01
83	2221	Otorinolaringologie (ORL)	4,13
84	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	1,99
85	2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	3,74
86	2263	TBC osteo-articular	11,44
87	2301	Urologie	4,65
88	2302	Urologie pediatrică	5,41
89	6013	Chirurgie maxilo-facială	4,00

Durata de spitalizare pe secții se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat de pe secția respectivă și validat, număr întreg cu două zecimale.

Durata individuală a cazului se calculează ca diferența matematică între data externării și data internării.

Durata de spitalizare efectiv realizată pe secții/compartimente se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat și validat de pe secția respectivă, în perioada pentru care se face decontarea și este număr întreg cu 2 zecimale.

Durața medie de spitalizare la nivel național pentru secții de acuți este 5,61.

NOTĂ:

1. Pentru secția clinică recuperare neuromusculară - recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni", pentru secția recuperare neurologie adulți "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, și pentru secția de recuperare medicală neuropsihomotorie copii din cadrul Sanatoriului Balnear și de Recuperare Techirghiol, durata de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secțiile recuperare neuromotorie "Gura Ocniței" din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", județul Arad, durata de spitalizare este de 17 zile; pentru secția recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Universitar de Urgență Elias durata de spitalizare este de 15 zile.

2. Pentru secțiile recuperare cardiovasculară adulți din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata de spitalizare este de 16 zile. Pentru compartimentul recuperare neuro-psiho-motorie din cadrul secției de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata de spitalizare este de 21 de zile.

3. Pentru secțiile de geriatrie și gerontologie din structura Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie "Ana Aslan" durata de spitalizare este de 14 zile.

▣ **ANEXA nr. 26:**

CONTRACT de furnizare de servicii medicale spitalicești - model -

▣ **ANEXA nr. 27: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT**

▣ **CAPITOLUL 1: A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT**

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - 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](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare.

▣ **2.** Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și

îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale-anevrisme, malformații arterio venoase-operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.4. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.5. Transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

CAPITOLUL 2: B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - 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](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 6-18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu.

2.4. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații vasculare cerebrale-anevrisme, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, pacienții cu tulburări cognitive severe (demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă), status post transplant și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.5. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.6. Transportul asiguraților nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de recuperare.

2.7. Transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru pacienții cu tulburări cognitive severe (demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă), pentru pacienții cu hemipareză sau parapareză, moderat severe, pentru consultație în vederea evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor cronice pentru care medicația poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

2.8. Transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

2.9. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor oncologici netransportabili cu mijloace de transport convenționale care necesită radioterapie sau chimioterapie în vederea efectuării tratamentului de specialitate, inclusiv în alte județe.

2.10. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor netransportabili cu mijloace de transport convenționale care necesită monitorizare și administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1Beta și (**)1Omega, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. [720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială, în vederea efectuării tratamentului de specialitate, precum și pentru administrarea nutriției parenterale, inclusiv în alte județe.

CAPITOLUL 3: C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE

MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI 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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B pct. 1 și pct. 2, subpunctele 2.1 și 2.2 din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă.

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 lit. B punctul 1 și punctul 2 subpunctele 2.1 și 2.2 sau lit. B din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 28:

MODALITATEA DE PLATĂ a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat

ANEXA nr. 29:

CONTRACT de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat - model -

ANEXA nr. 30^A:

PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciul de îngrijire medicală la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun; recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți parametrii prevăzuți, respectiv: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1. intramuscular - în afara injecțiilor cu produse de origine umană
	2.2. subcutanat - în afara injecțiilor cu produse de origine umană
	2.3. intradermic - în afara injecțiilor cu produse de origine umană
	2.4. oral
	2.5. pe mucoase
3.	Administrarea medicamentelor intravenos - în afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană, cu respectarea legislației în vigoare
4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală, la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu

	- implică obligatoriu toaleta locală genitală și schimbarea sondei fixe la 6 zile
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă, cu respectarea legislației în vigoare, în afara perfuziilor cu produse de origine umană.
6.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică/nazogastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor
7.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție, inclusiv instruirea asiguratului/apartinătorului
8.	Clismă cu scop evacuator/terapeutic
9.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi de drenaj bronșic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
12.	Îngrijirea plăgilor simple și/sau suprainfectate/suprimarea firelor
13.	Îngrijirea escarelor multiple
14.	Îngrijirea stomelor
15.	Îngrijirea fistulelor
16.	Îngrijirea tubului de dren și instruirea asiguratului
17.	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului
18.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei; este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.
19.	Alimentație parenterală - alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic se acordă de către spitalele cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu autorizate să efectueze acest tip de serviciu. Serviciul nu include alimentele specifice.
20.	Kinetoterapie individuală se efectuează doar de fizioterapeutul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu
21.	Logopedie individuală - se efectuează doar de logopedul, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu
22.	Masajul limfedemului - se efectuează doar de fizioterapeutul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu și atestă pregătirea profesională în drenaj limfatic manual
23.	Evaluarea manuală a fecaloamelor
24.	Recoltarea produselor biologice, cu respectarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale aprobate prin Ordinul MS nr. 1226/2012 (sânge, urină, materii fecale);

NOTĂ: Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu se acordă în condițiile stabilite prin anexa nr. 31A la prezentul ordin.

■B) PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de pachetul

de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu prevăzut la lit. A din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu, prevăzut la lit. A din prezenta anexă, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 30^B:

A) PACHET DE SERVICII DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt	Serviciul de îngrijire paliativă la domiciliu
1	Consultație, care poate cuprinde: Evaluare holistică și examen clinic pe aparate, Stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, Susținerea pacientului și familiei pentru luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, Prescrierea medicației, Consilierea psiho-emoțională de bază a pacientului și familiei, - se efectuează numai de către medic
2.	Aplicarea de algoritmi/protocoale specifice de comunicare - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
3.	Elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire-se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
4.	Aplicarea scalelor specifice (ex: SAV, BPI modificat, ESAS modificat, MMSE, instrumente standardizate de evaluare a anxietății, depresiei, delirului etc.) - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
5.	Evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire pe baza scalelor specifice (ex: PPS, KARNOFSKY, ECOG, Barthel) - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
6.	Activități de suport: Recomandarea de investigații clinice și paraclinice sau pentru internare, concediu medical, certificat medical constatator al decesului, eliberarea de prescripții pentru medicamente cu și fără contribuție personală utilizate pentru controlul simptomelor și de prescripții pentru substanțe și preparate stupefiante și psihotrope utilizate în terapia durerii - se efectuează numai de către medic
7.	Aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic pentru managementul simptomelor (fatigabilitate, dispnee, anorexie, greață, vărsături, constipație, insomnie, delir, anxietate, depresie etc.) și/sau a durerii somatice/viscerale/neuropatice - se efectuează de către medic sau asistentul medical
8.	Efectuarea de manevre diagnostice și terapeutice (montare sondă urinară, paracenteză evacuatorie, debridarea escarelor, limfedem) - se efectuează de către medic sau asistent medical, cu excepția serviciului de paracenteză și debridarea escarelor care se efectuează numai de către medic
9.	Recoltarea de produse biologice și patologice - se efectuează de către medic sau asistentul medical
10.	Monitorizarea pacientului pentru eficiența intervențiilor, Educarea pacientului și familiei pentru aplicarea planului de îngrijire - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
11.	Educarea și informarea pacientului pentru auto-îngrijire - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
12.	Îngrijire terminală - se efectuează de către medic, asistentul medical sau psiholog
13.	Monitorizarea pacientului (funcții vitale, vegetative), Îngrijirea escarelor/stomelor/tumorilor exulcerate/pansamente - se efectuează de către medic sau asistentul medical
14.	Montare dispozitiv subcutanat de administrare a medicației - se efectuează de către medic sau asistentul medical
15.	Mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor și menținerea autonomiei funcționale pacientului - se efectuează de medic, asistentul medical sau fizioterapeut
16.	Aplicarea de metode nefarmacologice de tratament al simptomelor - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
17.	Evaluare psihologică specializată

	- se efectuează de către psiholog
18.	Consiliere psihologică specializată a pacientului și familiei - se efectuează de către psiholog
19.	Psihoterapie individuală - se efectuează de către psiholog
20.	Elaborarea planului de kinetoterapie cu reevaluare funcțională periodică a pacientului - se efectuează de către fizioterapeut
21.	Kinetoterapie pediatrică (metoda Bobath, metoda Kabath, ADL) - se efectuează de către fizioterapeut
22.	Kinetoterapie respiratorie (managementul secrețiilor: tapotaj, gimnastică respiratorie, posturare) - se efectuează de către fizioterapeut
23.	Kinetoterapie profilactică - se efectuează de către fizioterapeut
24.	Aplicare benzi kinesiologice - se efectuează de către fizioterapeut
25.	Kinetoterapie în boli oncologice și boli asociate (exerciții, tehnici, manevre specifice, posturări) - se efectuează de către fizioterapeut

NOTĂ: Serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu se acordă în condițiile stabilite prin anexa nr. 31B la prezentul ordin.

▣B) PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la lit. A din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la lit. A din prezenta anexă, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

▣ANEXA nr. 31^A:

CONDIȚIILE acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și modalitățile de plată ale acestora

▣ANEXA nr. 31^B:

CONDIȚIILE acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu și modalitățile de plată ale acestora

▣ANEXA nr. 31^C: RECOMANDARE pentru îngrijiri medicale la domiciliu - model -

RECOMANDARE pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Nr. / *)

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

I. Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul), C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate,

1. Numele și prenumele asiguratului,

2. Telefon asigurat

3. Domiciliul

4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu

5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

6. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate, cod diagnostic

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a bolilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

7. statusul de performanță ECOG

☐ ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare)

☐ ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare)

8. Servicii de îngrijiri recomandate (periodicitatea/ritmicitatea serviciilor recomandate se stabilește pentru fiecare tip de serviciu în parte, în concordanță cu diagnosticul, cu patologia pacientului și statusul de performanță ECOG al acestuia):

Nr. crt.	Serviciul de îngrijire medicală la domiciliu	Periodicitate/Ritmicitate
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun; - recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți parametrii prevăzuți, respectiv: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun	
2.	Administrarea medicamentelor:	
	2.1. intramuscular - în afara injecțiilor cu produse de origine umană	
	2.2. subcutanat - în afara injecțiilor cu produse de origine umană	
	2.3. intradermic - în afara injecțiilor cu produse de origine umană	
	2.4. oral	
	2.5. pe mucoase	
3.	Administrarea medicamentelor intravenos - în afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană, cu respectarea legislației în vigoare	
4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală, la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu - implică obligatoriu toaleta locală genitală și schimbarea sondei fixe la 6 zile	
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă, cu respectarea legislației în vigoare, în afara perfuziilor cu produse de origine umană.	
6.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică/nazogastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor	
7.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție, inclusiv instruirea asiguratului/apartinătorului	

8.	Clismă cu scop evacuator/terapeutic	
9.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor	
10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor	
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi de drenaj bronșic, tapotaj, fizioterapie respiratorie	
12.	Îngrijirea plăgilor simple și/sau suprainfectate/suprimarea firelor	
13.	Îngrijirea escarelor multiple	
14.	Îngrijirea stomelor	
15.	Îngrijirea fistulelor	
16.	Îngrijirea tubului de dren și instruirea asiguratului	
17.	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului	
18.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei; este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.	
19.	Alimentație parenterală - alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic; se acordă de către spitalele cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu autorizate să efectueze acest tip de serviciu. Serviciul nu include alimentele specifice.	
20.	Kinetoterapie individuală - se efectuează doar de fizioterapeutul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu	
21.	Logopedie individuală - se efectuează doar de logopedul, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu	
22.	Masajul limfedemului - se efectuează doar de fizioterapeutul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu și atestă pregătirea profesională în drenaj limfatic manual	
23.	Evaluarea manuală a fecaloamelor	
24.	Recoltarea produselor biologice, cu respectarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale aprobate prin Ordinul MS nr. 1226/2012 (sânge, urină, materii fecale);	

9. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu**) **) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 15 zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Pacienții cu vârsta sub 18 ani pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

10. Justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu:

11. Justificare pentru recomandarea unui episod mai mare de 15 zile, dar nu mai mult de 30 de zile

.....
.....
12.Codul de parafă al medicului

13.Date de contact medic (număr telefon, adresa email):
.....
.....

Data

Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire
asiguratul internat

Data

Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de
specialitate medicului de familie

Data

Numele și prenumele în clar și semnătura asiguratului,
aparținătorului sau împuternicitului

.....
NOTĂ:

1.Termenul de valabilitate al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea.

2.Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta/transmite recomandarea prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, respectiv C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru asigurații aflați în evidența acesteia în cazul în care C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are încheiate contracte de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu în raza administrativ teritorială în care asiguratul solicită să primească servicii - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire, și la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

2.Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, și nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia.

II.Casa de Asigurări de Sănătate în a
cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii
certifică potrivit recomandării un număr de zile de îngrijiri medicale la domiciliu.
Pentru asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. care solicită îngrijiri medicale
la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de
îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.,
C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un număr de.....zile de
îngrijiri medicale la domiciliu și comunică certificarea casei de asigurări de sănătate
în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii.

Data

VIZAT,

.....
III.Casa de Asigurări de Sănătate în a
cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească servicii de îngrijiri
medicale la domiciliu/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. înmânează/transmite lista furnizorilor de

îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ și punct de lucru, telefon/fax, pagină web).

Data

VIZAT,

NOTĂ:

Pct. I se completează de medicul care face recomandarea, pct. II și III se completează de casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

ANEXA nr. 31^D: RECOMANDARE pentru îngrijiri paliative la domiciliu - model -

RECOMANDARE pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. / *)

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

I. Furnizorul de servicii medicale din asistența medicală primară/ambulatoriul de specialitate/unitatea sanitară cu paturi (spitalul)

....., C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

.....,

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Număr telefon asigurat

3. Domiciliul

4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu

.....

5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

.....

6. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate, cod diagnostic

.....

.....

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificția internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

7. Durata (numărul de zile de îngrijire) pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire paliativă este de maximum 30 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile paliative nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Pacienții cu vârsta sub 18 ani pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

.....

8. Justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu

.....

.....

.....

.....
.....
9.Codul de parafă al medicului
.....

Data

Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire
asiguratul internat

Data

Semnătura și parafa medicului de specialitate
.....

.....
Data, numele și prenumele în clar și semnătura
asiguratului, aparținătorului sau împuternicitului
.....

NOTĂ:

1.Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea.

2.Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta/transmite recomandarea prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, respectiv C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru asigurații aflați în evidența acesteia în cazul în care C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are încheiate contracte de furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu în raza administrativ teritorială în care asiguratul solicită să primească servicii - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire, și la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

3.Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu și care nu cuprind diagnosticul stabilit.

II.Casa de Asigurări de Sănătate în a
cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste
servicii/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un număr de.....zile de
îngrijiri paliative la domiciliu. Pentru asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
care solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu
este acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală
cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un
număr de.....zile de îngrijiri paliative la domiciliu și comunică certificarea casei
de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să
primească aceste servicii.

Data

VIZAT,

III.Casa de Asigurări de Sănătate în a
cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească servicii de îngrijiri
paliative la domiciliu/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. înmânează/transmite lista furnizorilor de
îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală și datele de contact
ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ și punct de lucru,
telefon/fax, pagină web)

Data

VIZAT,

Pct. I se completează de medicul care face recomandarea, pct. II și pct. III se completează de casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească servicii de îngrijiri paliative la domiciliu/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

ANEXA nr. 31^E: PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU - model -

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliuC.U.I.
 Nr. Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
 Numele și prenumele asiguratului
 CNP/cod unic de asigurare al asiguratului
 Diagnostic medical
 Diagnostic boli asociate

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data efectuării serviciilor;

B - Nume, prenume evaluator;

C - Semnătură evaluator.

[illegible]

*) Se vor înscrie servicii de îngrijiri paliative conform anexei nr. 30 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2023.

ANEXA nr. 32^A:

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

ANEXA nr. 32^B:

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu - model -

ANEXA nr. 33: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ÎN SANATORII, INCLUSIV SANATORII BALNEARE

[-A)PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

☐ **1.** Serviciile de recuperare medicală sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți potrivit prevederilor Legii societăților nr. **31/1990**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

☐ **1.1.** Servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistență balneară	Durata maximă*)
-----------------------------	-----------------

Servicii de medicină fizică și reabilitare	14-21 zile/an/asigurat - perioadă ce poate fi repartizată în maximum 2 fracțiuni, la recomandarea medicului prescriptor, și care cuprind minim 4 proceduri/zi pentru minim 5 zile/săptămână
--	---

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asigurați. Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 14 zile.

1.1.1. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare au în vedere patologia specifică și afecțiunile asociate ale asiguratului cu specificul de tratament balnear.

1.1.2. Serviciile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de medicină fizică și de reabilitare, cu încadrarea în prevederile mai sus menționate.

1.2. Servicii medicale de recuperare medicală acordate în sanatorii altele decât balneare și preventorii

1.2.1. Serviciile medicale de recuperare medicală acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care își desfășoară activitatea în aceste unități.

1.2.2. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare medicală eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

B) PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/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, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii de recuperare medicală acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă numai pe baza biletului de trimitere 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/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au

dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 34:

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii și preventorii

ANEXA nr. 35:

CONTRACT de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii - model -

ANEXA nr. 36:

Modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

ANEXA nr. 36^A:

Modalitatea de decontare a prescripțiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical

ANEXA nr. 37:

CONTRACT de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate - model -

ANEXA nr. 37^A:

CONTRACT/ACT ADIȚIONAL privind decontarea prescripțiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical - model -

ANEXA nr. 38: CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

CAPITOLUL 1: A. PACHET DE BAZĂ

1. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Proteză auditivă		5 ani	1.203
2.	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani	1.650
		b) Buton fonator (shunt-ventile)	2/an	1.480
3.	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an	504
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an	1.784

4.	Adezivi pentru filtre umidificatoare		15 buc./lună	650/set
5.	Filtru umidificator HME		1 set/lună (15 buc.)	313/set

1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii de specialitate recomandă protezare bilaterală.

1.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză auditivă înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

1.3. Se va prescrie doar unul dintre următoarele dispozitive medicale: Adezivi pentru filtre umidificatoare HME sau Proteză traheală (Canulă traheală simplă, Canulă traheală Montgomery).

2. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
1.	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)****)	a1) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare	1 set/lună (35 bucăți)	298
		a2) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare	1 set/lună (20 bucăți)	151
		a3) sac colector special pentru colostomie/ileostomie cu evacuare	1 set*)/lună (40 bucăți)	401
		a4) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare cu adeziv convex	1 set**)/lună (40 bucăți)	874
		a5) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare cu adeziv convex	1 set**)/lună (25 bucăți)	580
		a6) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare cu diametrul mai mare de 60 mm	1 set**)/lună (40 bucăți)	452
		a7) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare cu diametrul mai mare de 60 mm	1 set**)/lună (25 bucăți)	249
		a8) sac colector cu evacuare pentru fistule externe	1 set/lună (20 bucăți)	411
		b1) sac colector pentru urostomie	1 set/lună (15 bucăți)	162
		b2) sac colector pentru urostomie cu adeziv convex	1 set/lună (12 bucăți)	293
2.	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie (flanșă-suport și sac colector)	1 set***)/lună	160
		b) pentru urostomie (flanșă-suport și sac colector)	1 set***)/lună	205

*) Se acordă pentru copiii cu vârsta până la 5 ani.

**) Se acordă pentru pacienții care prezintă situații particulare sau complicații ale stomei

***) Un set de referință este alcătuit din 7 flanșe suport și 7 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

****) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului componenta setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

2.1. Se va prescrie doar unul dintre tipurile de dispozitive de la sistemele A sau B, pentru fiecare tip (colostomie/ileostomie, respectiv urostomie).

2.2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

2.4. Durata prescripției - pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru pacienții care nu au stome permanente și de maximum 12 luni pentru pacienții care au stome permanente.

3. Dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)	135
2.	Sac colector de urină***)		1 set*)/lună (6 bucăți)	19
3.	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)	24
4.	Cateter urinar**)		1 set*)/lună (120 bucăți)	1.070
5.	Banda pentru incontinență urinară****)			LEI/BUC. 1.481

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului componenta setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

**) Se recomandă numai pentru retenție urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică și de reabilitare, oncologie și chirurgie pediatrică, urologie, cu precizarea că pentru vezică neurogenă recomandarea se face numai de medicul de specialitate neurologie și neurologie pediatrică.

***) Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă și nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.

****) Se acordă o singură dată în viață.

3.1. Pentru dispozitivele prevăzute la poz. 1-4, durata prescripției este pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru pacienții care nu au incontinență urinară permanentă și nelimitată pentru pacienții care au incontinență urinară permanentă.

4. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
----------	----------------------------------	-------	---------------------	----------------------------

C1	C2	C3	C4	C5
1.	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	2 ani	1.981
		b) CHOPART	2 ani	2.074
		c) PIROGOFF	2 ani	2.296
2.	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani	2.489
3.	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani	2.769
		b) geriatrică	2 ani	2.750
		c) modulară	4 ani	2.640
		d) modulară cu manșon de silicon	4 ani	5.528
4.	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani	5.808
5.	Proteză de coapsă	a) combinată	2 ani	3.296
		b) din plastic	2 ani	3.605
		c) cu vacuum	2 ani	3.960
		d) geriatrică	2 ani	3.743
		e) modulară	4 ani	4.718
		f) modulară cu vacuum	4 ani	4.932
		g) modulară cu manșon de silicon	4 ani	7.781
6.	Proteză de șold	a) convențională	2 ani	5.319
		b) modulară	4 ani	7.763
7.	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	2 ani	6.019
		b) modulară	4 ani	8.162
8.	Manșon de silicon pentru proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon		2 ani	2.188
9.	Manșon de silicon pentru proteza de gambă modulară cu manșon de silicon		2 ani	2.188

4.1.Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.

4.2.Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

4.3.Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

4.4.Proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon, proteza de gambă modulară cu manșon de silicon, manșonul de silicon pentru proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon și manșonul de silicon pentru proteza de gambă modulară cu manșon de silicon se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, la recomandarea medicului de specialitate ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie cardiovasculară, chirurgie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice.

5. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani	1.882

		b) funcțională	2 ani	2.357
		c) de deget funcțională simplă	2 ani	3.040
2.	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani	2.820
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	3.721
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	4.395
		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani	9.326
3.	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2 ani	2.777
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	3.655
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	4.326
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani	8.272
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani	8.272
4.	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani	4.944
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	5.042
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	5.867
		d) funcțională atipic electric	8 ani	11.275
		e) funcțională mioelectrică	8 ani	15.824
5.	Proteză de braț	a) funcțională simplă	2 ani	4.349
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	5.900
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	5.710
		d) funcțională atipic electric	8 ani	10.055
		e) funcțională mioelectrică	8 ani	12.016
6.	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani	5.508
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	6.305
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	6.509
		d) funcțională atipic electric	8 ani	12.380
		e) funcțională mioelectrică	8 ani	12.947
7.	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	2 ani	6.254
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani	7.167
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani	7.985
		d) funcțională atipic electric	8 ani	13.434

5.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

5.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

6.Orteze

6.1.pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Orteze cervicale	a) colar	12 luni	63
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni	146
		c) Schanz	12 luni	60
2.	Orteze cervicotoracice		12 luni	85
3.	Orteze toracice		12 luni	101
4.	Orteze toracolombosacrale	a) orteză toracolombosacrală	12 luni	257
		b) corset Cheneau	12 luni	1.300

		c) corset Boston	12 luni	1.283
		d) corset Euroboston	12 luni	1.367
		e) corset Hessing	12 luni	194
		f) corset de hiperextensie	12 luni	681
		g) corset Lyonnais	12 luni	1.525
		h) corset de hiperextensie în trei puncte pentru scolioză	12 luni	980
5.	Orteze lombosacrale	a) orteză lombosacrală	12 luni	114
		b) lombostat	12 luni	103
6.	Orteze sacro-iliace		12 luni	87
7.	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani	1.838
		b) corset Milwaukee	12 luni	1.656
8.	Orteză craniană		-	660

6.1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.1.2. Orteza craniană se recomandă copiilor diagnosticați cu plagiocefalie sau craniostoză, cu vârsta de până la 18 luni, de către medicii de specialitate cu specialitatea neurochirurgie sau pediatrie. Se poate acorda o altă orteză la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2. pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Orteze de deget		12 luni	37
2.	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni	70
		b) dinamică	12 luni	129
3.	Orteze de încheietura mâinii-mână	a) fixă	12 luni	56
		b) dinamică	12 luni	74
4.	Orteze de încheietura mâinii-mână-deget	fixă/mobilă	12 luni	89
5.	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni	60
6.	Orteze de cot-încheietura mâinii-mână		12 luni	96
7.	Orteze de umăr		12 luni	95
8.	Orteze de umăr-cot		12 luni	137
9.	Orteze de umăr-cot-încheietura mâinii-mână	a) fixă	12 luni	153
		b) dinamică	12 luni	578

6.2.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

6.3. pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
----------	----------------------------------	-------	---------------------	----------------------------

C1	C2	C3	C4	C5
1.	Orteze de picior		12 luni	67
2.	Orteze pentru gleznă-picior	fixă/mobilă	12 luni	70
3.	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni	183
		b) mobilă	12 luni	71
		c) Balant	2 ani	734
4.	Orteze de genunchi gleznă-picior	a) orteză de genunchi-gleznă-picior	12 luni	421
		b) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani	1.356
5.	Orteze de șold		12 luni	587
6.	Orteze de șold-genunchi		12 luni	1.693
7.	Orteze de șold-genunchi-gleznă-picior	a) orteză de șold-genunchi-gleznă-picior	12 luni	2.068
		b) coxalgieră (aparat)	2 ani	2.189
		c) Hessing (aparat)	2 ani	1.037
8.	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*	129
		b) de abducție	*	89
		c) Dr. Fettwies	*	2.093
		d) Dr. Behrens	*	1.367
		e) Becker	*	103
		f) Dr. Bernau	*	682
9.	Orteze corectoare de statică a piciorului	a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni	61
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni	65
		c) Pes Var/Valg	6 luni	182

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

6.3.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.3. Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii (*) se pot acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 6.3.1; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

7. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVU LUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/PERECHE
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	331
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni	380
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	368
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni	382
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	374
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	478
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	429

		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	501
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	463
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	583
2.	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	321
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni	356
		c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	314
		d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	378
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	391
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	431
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	423
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	441

7.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

8. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Lentile intraoculare*)	a) ptr. camera anterioară		457
		b) ptr. camera posterioară		

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă, aparate CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei

(1)

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL*)	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	SUMĂ DE ÎNCHIRIERE/ LUNĂ
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen**)	a) concentrator de oxigen staționar		202
		b) concentrator de oxigen portabil		920
2.	Aparat de ventilație noninvazivă***)	aparat de ventilație		847
3.	Aparate CPAP ****)	a) Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare - CPAP cu card de complianță		230
		b) Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto CPAP cu card de complianță		277
4.	Aparate BPAP ****)	a) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele de presiune emise spontan administrate la nivelul căilor aeriene superioare și stabilite prin titrare - Bi-level S cu card de complianță		400
		b) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-		459

		level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță		
		c) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și a controlului volumului curent administrat - Bi-level S/T cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță		826
		d) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție presure relief		583
5.	Dispozitive de asistare a tusei*****)	Dispozitive de insuflație-exuflație mecanică		1.300

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere.

**) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă pentru următoarele afecțiuni:

▣(2)Oxygenoterapie de lungă durată - durata administrării cotidiene este ≥ 15 ore/zi

Indicații:

▣a) **pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă/gravă în repaos** pentru:

a.1.BPOC:

a.1.1.- la inițierea terapiei (prima prescriere) pentru valori ale raportului VEMS/CVF la efectuarea spirometriei, mai mici de 70%, asociat cu una dintre următoarele condiții:

- PaO₂ 55-59 mmHG (sau SatO₂ < 90%) măsurată la distanță de un episod acut și unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%)

a.1.2.- la continuarea terapiei (următoarele prescripții) - cu una dintre următoarele condiții:

- PaO₂ 55-59 mmHG (sau SatO₂ < 90%) măsurată la distanță de un episod acut și unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%).

În cazul unei contraindicații relative la efectuarea spirometriei datorită comorbidităților, medicul va specifica acest lucru în recomandare și va anexa o spirometrie veche de maximum 3 ani cu raport VEMS/CVF < 70%. La prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o spirometrie recentă cu raportul VEMS/CVF < 70%.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie și medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

a.2.alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă:

a.2.1.- pentru sindromul obstructiv la inițierea terapiei (prima prescriere) definit prin spirometrie și $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mm HG}$ (sau $\text{Sat O}_2 < 90\%$). La continuarea terapiei (următoarele prescripții) trebuie îndeplinită condiția $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mm HG}$ (sau $\text{Sat O}_2 < 90\%$). În cazul unei contraindicații relative la efectuarea spirometriei datorită comorbidităților, medicul va specifica acest lucru în recomandare și va anexa o spirometrie veche de maximum 3 ani cu raport $\text{VEMS/CVF} < 70\%$. La prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o spirometrie recentă cu raportul $\text{VEMS/CVF} < 70\%$.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, cardiologie, oncologie, pediatrie și medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

a.3.Sindromul de apnee în somn obstructiv, sindromul de obezitate - hipoventilație, sindromul de apnee în somn central și mixt, respirație periodică tip Cheyne Stokes, sindrom de apnee în somn complex:

Oxygenoterapie nocturnă minim 6 ore/noapte, cu una dintre următoarele condiții:

- pentru $\text{SatO}_2 < 90\%$ cu durată $> 30\%$ din durata înregistrării poligrafie/polisomnografice nocturne;

- pentru $\text{SatO}_2 < 88\%$ cu durată > 5 minute în timpul titrării poligrafice/polisomnografice;

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie și alte specialități cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

b) pacienți cu insuficiență respiratorie medie sau severă ca urmare a infecției SARS-CoV-2 la externarea din spital sau care au trecut printr-un sistem de triaj specific infecției SARS-CoV-2 sau pacienți cu boli infecto-contagioase cu risc pandemic care dezvoltă insuficiență respiratorie, cu următoarele condiții:

- $\text{Sat O}_2 < 90\%$ măsurată prin pulsoximetrie și/sau

- $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mm HG}$ măsurată prin ASTRUP arterial.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile (cu reevaluare la sfârșitul perioadei).

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, boli infecțioase, medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

▣(3)*) Aparatele de ventilație noninvazivă se acordă pentru următoarele afecțiuni:**

- *boală toracică restrictivă* (scolioza gravă, pectus excavatum-stern înfundat, pectus carinatum-torace în carenă, boala Bechterew, deformarea postoperatorie sau posttraumatică, boala pleurală restrictivă);
- *boală neuromusculară*;
- *fibroza chistică*;
- bronhopneumopatia obstructivă cronică.

Pentru *boala toracică restrictivă* și *boala neuromusculară*, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 45$ mm Hg,
- hipercapnie nocturnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 50$ mm Hg, demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii;
- normocapnie diurnă cu creșterea nivelului PTCO_2 cu ≥ 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurnă, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie.

Pentru *fibroza chistică*, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, la pacient trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 60$ mm Hg,
- hipercapnie nocturnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 65$ mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii,
- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 60$ mm Hg și creșterea nocturnă a nivelului PTCO_2 cu ≥ 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie,
- hipercapnie cronică diurnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 55-60$ mm Hg și cel puțin 2 exacerbari acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni,
- ca urmare directă a unei exacerbari acute care necesită ventilație invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea $\text{PaCO}_2 > 55$ mm Hg persistă chiar și după stabilizarea stării.

Pentru bronhopneumopatia obstructivă cronică, alături de semnele de insuficiență respiratorie alterarea calității vieții, trebuie îndeplinit unul dintre următoarele criterii:

- $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg într-o perioadă stabilă
- $\text{PaCO}_2 > 55$ mmHg la externare după o exarcebare severă care a necesitat ventilație non-invazivă sau invazivă în cursul spitalizării; pacientul va fi evaluat la 3 luni de la externare pentru menținerea indicației prin criteriul precedent.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică și pediatrie cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație

non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;

- medici de specialitate anestezie și terapie intensivă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

▣(4)****) **Suportul de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP** se acordă pentru următoarele afecțiuni diagnosticate prin poligrafie/polisomnografie efectuată cu maximum 3 ani în urmă:

Indicații:

▣a) **pacienți cu Sindrom de apnee în somn de tip obstructiv și mixt:**

La adulți sindromul de apnee în somn de tip obstructiv și mixt se clasifică:

- ușor - IAH < 15 (dacă pacientul este înalt simptomatic, cu scor Epworth $\geq$ 10);
- moderat - IAH 15-30;
- sever - IAH > 30;

La copii sindromul de apnee în somn de tip obstructiv și mixt se clasifică:

- ușor - IAH între 1-5;
- moderat - IAH între 5 și 10;
- sever - IAH mai mare $\geq$ 10.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de $\geq$ 4 ore pe noapte în $\geq$ 70% din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;

Dispozitive recomandate:

- Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare - CPAP cu card de complianță,
- Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea auto-ajustării presiunii - Auto CPAP cu card de complianță,
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare emise spontan și stabilite prin titrare - Bi-level S cu card de complianță, în cazul eșecului sau intoleranței la terapia cu CPAP/aCPAP,
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și a controlului volumului curent administrat - Bi-level S/T cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță, în cazul eșecului sau intoleranței la terapia cu CPAP/aCPAP.
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.

▣b) **Sindrom de apnee în somn de tip central:**

Pentru pacienții cu IAH > 5/h cu prezența apneelor și hipopneelor de tip central > 50% din înregistrare/evenimente centrale > 50% din IAH (minim > 2,5/h) demonstrate polisomnografic/poligrafic.

Se efectuează inițial titrare CPAP.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$ din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate:

- Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare - CPAP cu card de complianță,
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță.
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.

▣c) Respirație periodică tip Cheyne Stokes:

- există episoade de > 3 apnee centrale consecutive și/sau hipopnee centrale separate de un crescendo și o schimbare descrescendo a amplitudinii respirației cu o lungime a ciclului de > 40 secunde,
- există > 5 apnee centrale și/sau hipopnee centrale pe ora de somn asociate cu modelul de respirație crescendo/descrescendo înregistrate în decurs de > 2 ore de monitorizare.

Apneele centrale sunt demonstrate polisomnografic/poligrafic. Se efectuează inițial titrare CPAP. Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de $\geq 80\%$ calculată în raport cu numărul de zile de utilizare.

Medici curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare

CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate:

- Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare - CPAP cu card de complianță,
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță.
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto - ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.

d) Sindrom de apnee în somn complex:

Emergența sau persistența apneelor centrale (nr. apnee pe ora de somn ≥ 5) sau a respirației Cheyne-Stokes la pacienții cu sindrom de apnee în somn obstructiv aflați sub tratament CPAP care au eliminat excelent, bine sau mulțumitor evenimentele obstructive.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de ≥ 4 ore pe noapte în $\geq 70\%$ din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate:

- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță.
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.

e) Sindrom de obezitate - hipoventilație (se asociază în 90% din cazuri cu SASO):

Trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

1. Hipercapnie nocturnă cu $\text{PaCO}_2 \geq 55$ mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediate după momentul trezirii,
2. Creșterea nivelului $\text{PTCO}_2 \geq 10$ mm Hg pe timp de noapte comparativ cu valoare de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie,
3. Poligrafia, polisomnografia sau pulsoximetria continuă nocturnă arată $\text{SaO}_2 < 90\%$ cu durată de $> 30\%$ din înregistrare sub CPAP,

4.În timpul titrării manuale polisomnografice, SpO2 este $< / = 90\%$ timp de 5 minute sau mai mult, cu un minim de cel puțin 85%,

5.Indice de masa corporala peste 40 kg/m².

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de $>/= 4$ ore pe noapte în $>/= 70\%$ din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanți care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate:

- Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare - CPAP cu card de complianță,
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele de presiune emise spontan administrat la nivelul căilor aeriene superioare și stabilite prin titrare - Bi-level S cu card de complianță,
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și a controlului volumului curent administrat - Bi-level S/T, cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță.
- Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție pressure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.

■(5)*****) **Dispozitivele de asistare a tusei - insuflație - exuflație mecanică** se acordă pentru următoarele afecțiuni:

- boli neuromusculare.

Pentru pacienți cu boli neuromusculare alături de manifestările clinice datorate eliminării insuficiente a secrețiilor respiratorii (tuse inefficientă, pneumonii frecvente, etc) trebuie să îndeplinească unul dintre următoarele criterii:

- debutul de vârf a tusei (peak cough flow) < 160 L/min,
- debutul de vârf a tusei (peak cough flow) < 270 L/min la pacienții la care alte metode de clearance a căilor aeriene sunt insuficiente: asistarea manuală a tusei, respirația glosfaringiană, recrutarea volumelor pulmonare,

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată

Medici curanți care fac recomandarea: medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică și pediatrie cu atestat în Managementul general, clinic și

terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	a1) Inhalator salin particule uscate de sare cu flux automat de aer*)		12 luni	712
	a2) Cartuș salin		12 luni	732
2.	Nebulizator**)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani	360

*) Se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă/bronșiolită, la recomandarea medicului de specialitate pneumologie pediatrică și pediatrie. Dispozitivul include și sistemul de eliberare automată.

**) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani, la recomandarea medicului de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică și pediatrie;

11. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Baston		3 ani	41
2.	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani	68
3.	Cîrja	a) cu sprijin subaxilar din lemn	3 ani	73
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani	70
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani	44
4.	Cadru de mers		3 ani	158
5.	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată		PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
		a) cu antrenare manuală	3 ani	872
		b) cu antrenare electrică	5 ani	2.936
		c) triciclu pentru copii	3 ani	2.193
		d) activ	4 ani	1.650
		perioadă determinată*)		SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ
		a) cu antrenare manuală		37
		b) cu antrenare electrică		
		c) triciclu pentru copii		
		d) activ		100
6.	Baston cu ultrasunete		3 ani	-

*) se acordă prin închiriere

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stînga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stînga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

12. Proteză externă de sân

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Proteză externă de sân și accesorii (sutien)		2 ani	441

Notă:

Se acordă pentru femei care au suferit intervenții chirurgicale - mastectomie totală; se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

Medici curanți care fac recomandarea sunt medici de specialitate: chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă și oncologie medicală.

13. Dispozitive compresive

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Manșon compresiv pentru limfedem *)		12 luni	100
2.	Manșon compresiv ajustabil *)		12 luni	249

*) se recomandă pentru asiguratele care au suferit intervenții chirurgicale - cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare; se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

Medici curanți care fac recomandarea sunt medici de specialitate: oncologie medicală, chirurgie cu supraspecializare chirurgie oncologică.

CAPITOLUL 2: B. Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului economic european/Confederația Elvețiană/Regatului 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, cu modificările și completările ulterioare, și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. [883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la lit. A din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA nr. 39:

MODALITATEA de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu

ANEXA nr. 40:

CONTRACT de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu - model -

ANEXA nr. 41:

CONVENȚIE privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală- model -

ANEXA nr. 42:

CONVENȚIE privind eliberarea biletelor de internare - model -

ANEXA nr. 43: SCRISOARE MEDICALĂ - MODEL -

Denumire Furnizor
Medic
Contract/convenție nr.
CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că,
născut/ă la data de, CNP/cod unic de asigurare, a
fost consultat în serviciul nostru la data de nr. F.O./nr. din Registrul de
consultații

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că,
născut la data de, CNP/cod unic de asigurare, a
fost consultat în serviciul nostru la data de/a fost internat în perioada
..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivele prezentării:

.....
.....

Diagnosticul și codul de diagnostic:

.....
.....
.....
.....

Anamneză:

.....
- factori de risc
.....
.....

Examen clinic:

- general

.....
.....
- local

.....
.....

Examine de laborator:

- cu valori normale

.....
.....

- cu valori patologice

.....
.....

Examine paraclinice:

EKG

.....

ECO

.....

Rx

.....

Altele

.....

.....

Tratament efectuat:

.....

.....

.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....

.....

.....

Tratament recomandat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Notă: Se va specifica durata pentru care se poate prescrie de medicul din ambulatoriu, inclusiv medicul de familie, fiecare dintre medicamentele recomandate.

ATENȚIE!

Nerespectarea obligației medicului de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate sau din spital de a iniția tratamentul prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, astfel cum este prevăzut în protocoalele terapeutice, precum și de a elibera prescripția medicală/bilete de trimitere/concediu medical/recomandări pentru îngrijiri la domiciliu/prescripții pentru dispozitive medicale în fiecare caz pentru care este necesar, se sancționează potrivit contractului încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate!

Valabilitatea scrisorii medicale începe de la data eliberării acesteia.

Valabilitatea este în concordanță cu protocolul terapeutic.

În cazul în care medicul de specialitate nu consemnează o valabilitate pentru conduita terapeutică recomandată, valabilitatea scrisorii medicale încetează în momentul în care medicul de familie recomanda pacientului reevaluarea stării de sănătate.

Indicație de revenire pentru internare

- ☐ da, revine pentru internare în termen de

- ☐ nu, nu este necesară revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia

- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar

- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informații:

- ☐ S-a eliberat concediu medical la externare/consultația din ambulatoriu, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia

- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar

- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una dintre cele două informații:

- ☐ S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu

- ☐ Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una dintre cele două informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu

- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

Data

Semnătura și parafa medicului

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat

- prin poștă

.....

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului.

Scrisoarea medicală trimisă prin poștă electronică este semnată cu semnătură electronică extinsă/calificată.

ANEXA nr. 44: DECLARAȚIE DE PROGRAM punct de lucru - model

-

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

punct de lucru

.....

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr.

....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în

contract cu Casa de Asigurări de Sănătate

..... se desfășoară astfel:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Sărbători legale.

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	A
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) Se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent.

Data **Reprezentant legal:**
nume și prenume
semnătura

ANEXA nr. 45: DECLARAȚIE DE PROGRAM - model -

Denumirea furnizorului

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

punct de lucru

.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr.

....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în

contract cu Casa de Asigurări de Sănătate

..... se desfășoară astfel:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Sărbători legale.

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate**)							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	A
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
.....									

*) Se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent.

**) Pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu.

Data **Reprezentant legal:**
nume și prenume
semnătura

ANEXA nr. 46: NOTIFICARE - model -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Localitatea:

str., nr., tel./fax

e-mail pagină web

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul, cu sediul în, str., nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, tel./fax, e-mail cont nr. deschis la Trezoreria statului și sediul punctului secundar de lucru în, str., nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, tel./fax, e-mail reprezentat prin în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

suspendarea

☐

rezilierea

☐

încetarea

☐

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale cu nr. / începând cu data de, având în vedere: (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și dispozițiilor art. din anexa nr. la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. **521/2023**.

DIRECTOR GENERAL,

.....

Director executiv al
Direcției economice,

Director executiv al
Direcției relații contractuale

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA nr. 47: DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3.Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4.Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării, sau modificat ulterior prin act adițional, după caz.

5.Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope se aprobă conform prevederilor legale în vigoare.

6.Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7.Furnizorii au obligația să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate.

8.Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

9.Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificațiile de interfațare publicate.

10.Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și supraspecializare/competență/atestat de studii complementare - pentru îngrijiri paliative pot desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate atât în baza specialității medicină de familie cât și a supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare de îngrijiri paliative putând acorda și raporta atât servicii medicale aferente specialității medicină de familie în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară cât și servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic de specialitate/în cadrul unei secții sau compartiment cu paturi de îngrijiri paliative/la un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu. Medicii care au o specialitate/mai multe specialități clinice, cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative își pot desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate în ambulatoriul clinic de specialitate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative. Medicii care au o specialitate clinică și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice.

▣**11.**Prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, se face la momentul acordării serviciului, astfel:

▣**11.1.**În asistența medicală primară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția următoarelor tipuri de consultații și servicii pentru care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate:

- consultațiile la distanță,
- serviciul examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie,
- administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor,
- asistarea nașterii inopinate,
- supravegherea travaliului fără naștere.

11.2.În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază respectiv la momentul acordării serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru consultațiile și serviciile medicale, respectiv serviciile conexe actului medical acordate la distanță nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru serviciile medicale cu scop diagnostic - caz, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la finalizarea serviciului medical.

▣**11.3.**Pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu și pentru acupunctură utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a)pentru consultații de acupunctură și curele de tratament de acupunctură, la momentul acordării/în fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament;

b)pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament.

11.4.În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

▣**11.5.**În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a)pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator - prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimitere, se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale

paraclinice însoțite de biletele de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

11.6. În asistența medicală spitalicească utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internarea și externarea din spital, cu excepția următoarelor situații:

- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgență medico-chirurgicală
- la internare în spital dacă criteriul la internare este nașterea
- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital și la internare ca și caz transferat
- la externare pentru situațiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului
- la internare și la externare pentru pacienții din secțiile de psihiatrie, internați prin procedură de internare nevoluntară - consemnată în foaia de observație la motivele internării.

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la fiecare vizită, cu excepția situațiilor în care criteriul de internare este urgență medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

11.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

11.8. În asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii și preventorii, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internare și externare.

11.9. Pentru dispozitive medicale este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul se ridică de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat. În situația în care ridicarea dispozitivului de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau primirea la domiciliu se face de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care dispozitivul se eliberează prin poștă, curierat, prezentarea cardului nu este necesară; dovada primirii dispozitivului expediat de către furnizor prin poștă, curierat, de către beneficiar sau aparținătorul acestuia - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea,

seria și numărul actului de identitate sau după caz, a pașaportului persoanei care a primit dispozitivul medical.

11.10. Pentru medicamente cu și fără contribuție personală, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul ridicării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se ridică de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit/reprezentant legal, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului/reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul/reprezentantul legal nu poate prezenta card.

12. Informații referitoare la utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către asigurați și fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt postate pe site-ul www.cnas.ro.

13. În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), constatate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), acestea vor fi comunicate prin publicare pe site-ul propriu la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă. Ordinul emis de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în condițiile art. 212 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. [521/2023](#) se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă.

14. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale nu sunt aplicabile situațiilor în care asigurații execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. [286/2009](#) privind [Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare.

15. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. [487/2002](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul.

Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, prezintă în prealabil la casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana pe care o reprezintă documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării acestui document în evidențele proprii ale casei de asigurări de sănătate.

16. Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale/dispozitivele din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind

serviciile de încredere. Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

16.1.În asistența medicală primară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.2.În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical.

▣**16.3.**Pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu și pentru acupunctură - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a)pentru consultații și proceduri în cabinet: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării;

b)pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în ambulatoriu: pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei de tratament/zilei în care se acordă servicii de acupunctură.

16.4.În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

▣**16.5.**În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a)pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator: în maximum 3 zile lucrătoare de la data recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 3 zile lucrătoare de la data primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, și pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale. Reglementarea nu se aplică pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator.

b)pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

▣**16.6.**În asistența medicală spitalicească:

a)pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază și pachetul minimal: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital;

b)pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază și pachetul minimal: pentru fiecare vizită, în maximum 3 zile lucrătoare de la data vizitei.

16.7.Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu - pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri, în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei în care au fost acordate îngrijirile.

16.8.Pentru unitățile specializate - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării consultațiilor de urgență la domiciliu și serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.9.În asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din sanatoriu/preventoriu.

16.10.Pentru dispozitive medicale: în maximum 3 zile lucrătoare de la data ridicării dispozitivului de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului. În situația în care dispozitivul se expediază prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat: în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului.

17.Pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi se întocmește fișă de spitalizare de zi, conform modelului prevăzut în anexa nr. 4 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [1.782/576/2006](#) privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. [1.706/2007](#) privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

18.În cazul încetării de drept a contractului prin decesul titularului cabinetului medical individual, decontarea serviciilor medicale acordate și raportate (în termenul maxim de 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical) până la data decesului, se face moștenitorilor legali sau testamentari pe baza unei cereri depuse la sediul casei de asigurări de sănătate, însoțită de următoarele documente:

- dovada calității de moștenitori;
- copie de pe actele de identitate ale moștenitorilor;
- contul bancar în care se va face plata serviciilor medicale.

Cererea va fi depusă la sediul casei de asigurări de sănătate cu care titularul cabinetului medical individual a avut contract. Cererea poate fi transmisă și prin poștă sau alte mijloace electronice de transmitere la distanță.

Casa de asigurări de sănătate, va proceda la validarea serviciilor prestate și raportate (în termenul legal de 3 zile lucrătoare) de către titularul cabinetului medical individual decedat, în luna următoare prestării acestora, în termenul prevăzut în contract.

Decontarea acestor servicii se supun prevederilor contractului încheiat între cele două părți.

Plata se va efectua în contul indicat de moștenitori, în termen de 30 de zile de la data depunerii cererii. Eventualele diferențe negative vor fi comunicate moștenitorilor și vor fi recuperate prin plata directă sau prin executare silită.

19.Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.

ANEXA nr. 48: CHESTIONAR PRIVIND SATISFAȚIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit să ne sprijine în ameliorarea performanței activității spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime.

1. Când ați intrat prima dată în această unitate ce impresie v-ați făcut? Alegeți trei cuvinte care descriu cel mai bine situația din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea priorității*)
Curățenie	
Lux	
Aglomerare	
Dezordine	
Mizerie	
Disciplină	
Liniște	
Sărăcie	
Altul 1	
Altul 2.....	

*) Bifați 1, 2 sau 3 în ordinea priorității.

2. Situația din unitatea de primire, pe care tocmai ați descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifați o singură variantă)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut nici un efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum ați ajuns să apelați la internare pentru spitalul nostru (bifați una din variantele de răspuns):

- a)** V-ați prezentat direct la camera de gardă
- b)** Ați avut trimitere de la medicul dumneavoastră de familie
- c)** Ați venit cu trimitere de la medicul din ambulator
- d)** Ați venit cu ambulanța
- e)** Altă situație

4. Sunteți la prima internare sau la o reinternare?

- a)** Prima internare
- b)** Reinternare

În cadrul acestei internări, puteți spune că:

	DA	NU
P1. Ați fost primit cu amabilitate de la început?	1	01
P2. Ați fost condus la explorări?	1	#
P3. Ați făcut baie la internare?	1	0
P4. Ați fost informat pe înțelesul dvs. Despre boală, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ați adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Ați avut complicații post-operatorii?	1	0
P7. Fiolele s-au deschis în fața dvs.?	1	0
P8. Ați sesizat orice formă de condiționare a îngrijirilor de care ați avut nevoie?	1	0
P9. Ați simțit nevoia să recompensați prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenție din partea acestuia?		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.

Appreciați pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menționate mai jos primite de către dvs.

Serviciul	1 Total nesatisfăcătoare	2 Parțial nesatisfăcătoare	3 Nesatisfăcător	4 Bună	5 Foarte bună	9 Nu am beneficiat/nu am observat

Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul șederii dvs. în unitate	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de medic	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de asistente	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea cordată de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Înfrijirea post operatorie și ATI	1	2	3	4	5	9
Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condițiilor de cazare - salon (dotare, facilități)	1	2	3	4	5	#
Calitatea grupurilor sanitare (băi + WC)	1	2	3	4	5	#
Curățenia în ansamblu	1	2	3	4	5	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri închis.

**Ținând cont de toate cele menționate mai sus vă rugăm să ne spuneți:
Cât de mulțumit sunteți/ați fost?**

Foarte nemulțumit	Parțial nemulțumit	Nemulțumit	Parțial mulțumit	Foarte mulțumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveți nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-ați întoarce aici?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical despre care știți că este disponibil aici i-ați recomanda să vină?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte?/Ce v-a plăcut cel mai mult?

Dar negativ? / Ce nu v-a plăcut?

Elemente de socio-demografie (încercuiți situația care vi se aplică)

D1. Sexul

1. Masculin 2. Feminin

D2. Vârsta

1. < 20 ani 2. 20-29 ani 3. 30-39 ani 4. 40-49 ani
5. 50-59 ani 6. 60-69 ani 7. 70 ani și peste

D3. Mediul de rezistență

1. Urban 2. Rural

D4. Ultima școală absolvită

1. Primară 2. Gimnazială 3. Liceu 4. Facultate
(1-4 clase) (5-8)

D5. Starea civilă

1. Căsătorit 2. Necăsătorit 3. Concubinaj 4. Văduv
5. Divorțat

NOTĂ:

Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor Legii nr. [190/2018](#), cu modificările și completările ulterioare, privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) [2016/679](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor

[illegible]

* programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
semnătură electronică extinsă/calificată

☐C) STRUCTURA PERSONAL PERSONAL CONEX CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	CNP	Aviz/Atestat de liberă practică		Atestat de studii complementare *		Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar - ora de început - ora de final)**
			Data eliberării	Data expirării	Denumirea studiilor complementare	Din data	Tip contract (CIM/PFA/PFI, ETC)	Număr contract	Din data	

* atestat de studii complementare se completează doar în cazul asistențelor medicale unde se solicită

** programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
semnătură electronică extinsă/calificată

☐D) STRUCTURA PERSONAL PERSONAL DE SPECIALITATE AL FARMACIEI COMUNITARE (FARMACIȘTI) CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	CNP	Certificat de liberă practică eliberat de CFR			Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar - ora de început - ora de final)*
			Număr	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI, ETC)	Număr contract	Din data	

- programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:

Programul de lucru al farmaciștilor care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
semnătură electronică extinsă/calificată

ANEXA nr. 50:

DISPOZIȚII pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 484bis din data de 31 mai 2023