

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

Lista investigațiilor paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/imagistică medicală/ medicină nucleară	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate
		- lei -
	I. Radiologie - Imagistică medicală	
	Investigații de înaltă performanță	
1	CT craniu nativ	156
2	CT buco-maxilo-facial nativ	202
3	CT regiune gât nativ	175
4	CT regiune toracică nativ	228
5	CT abdomen nativ	235
6	CT pelvis nativ	235
7	CT coloană vertebrală cervicală nativ	80,88
8	CT coloană vertebrală toracală nativ	80,88
9	CT coloană vertebrală lombară nativ	80,88
10	CT membru superior drept nativ	80,88
11	CT membru superior stâng nativ	80,88
12	CT membru inferior drept nativ	80,88
13	CT membru inferior stâng nativ	80,88
14	CT mastoidă	202
15	CT sinusuri	202
16	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	445
17	CT hipofiză cu substanță de contrast	505
18	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast	539
19	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	505
20	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	528
21	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	469
22	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	485
23	CT coloană vertebrală cervicală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539
24	CT coloană vertebrală toracală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539
25	CT coloană vertebrală lombară nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	539
26	CT membru superior drept nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242
27	CT membru superior stâng nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242
28	CT membru inferior drept nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242
29	CT membru inferior stâng nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	242

30	CT ureche internă	505
31	Uro CT	539
32	Angiografie CT membru superior drept	539
33	Angiografie CT membru superior stâng	539
34	Angiografie CT membru inferior drept	539
35	Angiografie CT membru inferior stâng	539
36	Angiografie CT craniu	539
37	Angiografie CT regiune cervicală	539
38	Angiografie CT torace	539
39	Angiografie CT abdomen	539
40	Angiografie CT pelvis	539
41	Angiocoronarografie CT	943
42	RMN craniocerebral nativ	585
43	RMN sinusuri	606
44	RMN torace nativ	606
45	RMN gât nativ	606
46	RMN coloana vertebrală cervicală nativ	489
47	RMN coloana vertebrală toracică nativ	489
48	RMN coloana vertebrală lombosacrată nativ	489
49	RMN abdominal nativ	585
50	RMN pelvin nativ	585
51	RMN șold – articulație coxo femurală nativ	580
52	RMN nativ genunchi drept	587
53	RMN nativ genunchi stâng	587
54	RMN nativ cot drept	587
55	RMN nativ cot stâng	587
56	RMN nativ gleznă dreaptă	587
57	RMN nativ gleznă stângă	587
58	RMN extremități nativ alte segmente	587
59	RMN umăr nativ	606
60	RMN umăr nativ și cu substanță de contrast	850
61	RMN torace nativ și cu substanță de contrast	850
62	RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast	850
63	RMN cranio-cerebral nativ și cu substanță de contrast	850
64	RMN coloana vertebrală cervicală nativ și cu substanță de contrast	850
65	RMN coloana vertebrală toracală nativ și cu substanță de contrast	850
66	RMN coloana vertebrală lombosacrată nativ și cu substanță de contrast	850
67	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	850
68	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	850
69	RMN șold – articulație cox femurală nativ și cu substanță de contrast	850

70	RMN extrem, nativ genunchi drept cu substanță de contrast	850
71	RMN extrem, nativ genunchi stâng cu substanță de contrast	850
72	RMN extremități nativ cot drept cu substanță de contrast	850
73	RMN extremități nativ cot stâng cu substanță de contrast	850
74	RMN extremități nativ gleznă dreaptă cu substanță de contrast	850
75	RMN extremități nativ gleznă stângă cu substanță de contrast	850
76	RMN extremități nativ alte segmente cu substanță de contrast	850
77	RMN cord nativ	606
78	RMN cord nativ și cu substanță de contrast	850
79	RMN hipofiză cu substanță de contrast	850
80	Uro RMN cu substanță de contrast	1145
81	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	539
82	Angiografia RMN artere renale sau aorta	539
83	Angiografie RMN craniu	808
84	Angiografie RMN abdomen	808
85	Angiografie RMN pelvis	808
86	Angiografie RMN membru superior drept	808
87	Angiografie RMN membru superior stâng	808
88	Angiografie RMN membru inferior drept	808
89	Angiografie RMN membru inferior stâng	808
90	Angiografie RMN alt segment	808
91	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	539
92	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN	1078
93	Colangio RMN	404
94	RMN sâni nativ	606
95	RMN sâni nativ și cu substanță de contrast	850
96	RMN whole-body	900
	II. Medicină nucleară	
97	Scintigrafia renală	606
98	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală - 30/90 min. de la inj.)	606
99	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică efort)	606
100	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică repaus)	606
101	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	606
102	Scintigrafia osoasă localizată	606
103	Scintigrafia osoasă completă	606
104	Scintigrafia hepatobiliară	606

105	Scintigrafia tiroidiană	606
106	Scintigrafia paratiroidiană	606
107	Limfoscintigrafia planară	606

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 femeii 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) Serviciul prevăzut la poziția 35 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru investigații din sfera obstetricii-ginecologiei, iar serviciul prevăzut la poziția 35¹ se decontează numai pentru medicii din 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) Serviciul prevăzut la poziția 50 se decontează inclusiv pentru medicii din specialitățile obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie; serviciul prevăzut la poziția 50¹ se decontează pentru medicii din specialitatea radiologie imagistică medicală cu atestat/competență în 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 incidențe. 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 incidențe este strict a medicului radiolog și poate fi luată numai după efectuarea primei incidențe.

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).

NOTA 8: Pentru serviciul de la poziția 50¹, materialul bioptic recoltat va fi în cantitate suficientă pentru efectuarea tuturor examenelor histopatologice, imunohistochimice, și pentru efectuarea examenelor de biologie moleculară sau genetică, după caz.

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

- a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- b) boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului;
- c) nașterea.

1.2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:**a) urgență medico-chirurgicală;**

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

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

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

Pentru criteriul urgență medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. Pentru spitalizarea continuă, la solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgență.

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ**1.1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:**

- a) naștere;
- b) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
- c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;

d) bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani;

- e) afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.
- f) afecțiune oncologică diagnosticată;
- g) suspiciune de afecțiune oncologică, pentru confirmare.

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

- a) urgențe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în prezentele norme, doar în unitățile sanitare cu paturi care acordă și asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;
- b) diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu.
- c) afecțiune oncologică diagnosticată;
- d) suspiciune de afecțiune oncologică, pentru confirmare.

Pachetul de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească acordat persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare

Criteriul pe baza căruia se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi este suspiciune de afecțiune oncologică, pentru confirmare.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi și tarifele pe caz rezolvat medical corespunzătoare:

Nr. Crt.	Cod diagnostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif pe caz rezolvat medical
			- lei-
1	D50.0	Anemia prin carență de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	388
2	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	616
3	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	394
4	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	420
5	E44.1	Malnutriția proteino-energetică ușoară	420

*) această specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifică faptul că respectivul tip de caz poate fi rezolvat în spitalizare de zi cu condiția îndeplinirii criteriului din paranteză.

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

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

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

PACHETUL DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

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

Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical
1	Monitorizare afecțiuni oncologice cu minim 3 investigații de înaltă performanță	1.393 lei/asigurat/trimestrial
2	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	236 lei/asigurat/lună
3	Re-echilibrare hidro-electrolitică la pacienții cu boli cronice progresive	491 lei/asigurat/serviciu
4	Monitorizarea pacienților cu tumori neuroendocrine utilizând scintigrafie 99m-Tc-EDDA-HYNIC TOC (Tektrotyd) *****)	3.253 lei/asigurat /serviciu

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

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚI CLINICE

Pachetul de baza de servicii și serviciile acordate asiguraților în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare

DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	FRECVENȚĂ/PLAFON
c1	c2
1. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute precum și acutizări ale bolilor cronice	maximum 3 consultații/asigurat/episod ce pot fi acordate într-un interval de maximum 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultații
	maximum 2 consultații pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital
2. Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni cronice	maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună
	maximum 2 consultații pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital